

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2014

Toegang tot de gezondheidszorg: Drempels voor het Omnio-statuuut

Liderik Dierick

Servaas Van Eeckhoudt

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Abstract

Toegang tot de gezondheidszorg: Drempels voor het Omnio-statuu

Haio's: Liderik Dierick, Servaas Van Eeckhoudt

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Context

Het Omnio-statuu is sinds 2007 een belangrijke uitbreiding van het recht op verhoogde tegemoetkoming. Mensen met een bescheiden inkomen krijgen hierdoor meer terugbetaald door het ziekenfonds van de kosten voor artscontact, geneesmiddelen en technische en andere prestaties. Het is bedoeld als middel om de financiële drempel van gezondheidszorg voor mensen met een bescheiden inkomen zo laag mogelijk te houden.

Zes jaar na invoering ervan, blijkt nog altijd maar ruim een derde van het oorspronkelijk geraamde aantal gerechtigden er ook daadwerkelijk over te beschikken.

Sinds 1 januari 2014 is het Omnio-statuu opgegaan in een hervormd Recht van Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming, waarbij er al enkele administratieve aspecten werden geharmoniseerd.

Onderzoeksvraag

Primo: Wat zijn de drempels voor het Omnio-statuu? Hoe komt het dat twee derde van de mensen die het zouden moeten hebben, het toch niet hebben?

Secundo: Wat kan de huisarts concreet betekenen om die drempels te overwinnen?

Methode

Met een literatuuronderzoek bekijken we de historische ontwikkeling van dit aspect van de ziekteverzekering.

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews bij organisaties voor patiënten of waar armen het woord nemen enerzijds, en bij drie grote ziekenfondsen anderzijds, polsen we naar de drempels voor het Omnio-statuu en de mogelijke verbeteringen ervan.

Resultaten

Vooreerst werden twijfels geuit over de door het RIZIV geraamde 800.000 gerechtigden: waarschijnlijk was dit een overschatting.

De meningen over bepaalde drempels (stigma; laag referentiebedrag; welke instantie dit statuu moet toekennen) lopen uiteen tussen de organisaties voor patiënten of waar armen het woord nemen, en de ziekenfondsen. Ze zijn het wel eens over de complexe administratieve aanvraagprocedure; de niet eenduidige definiëring van inkomen en gezin; de moeilijkheid de doelgroep te bereiken.

Een automatisering van de toekenning van het statuu, een proactieve zoektocht door het ziekenfonds naar rechthebbenden en een administratieve vereenvoudiging zouden nuttige verbeteringen zijn. Allen zien ze een belangrijke rol voor de huisarts, die een bevoorrecht contact heeft met een mogelijke rechthebbende en hem kan informeren en gericht kan doorverwijzen.

Conclusies

Een complexe regelgeving, een ingewikkelde administratieve procedure en een moeilijk te bereiken doelgroep vormen de voornaamste drempels voor het verwerven van het Omnio-statuu, naast stigma.

Een vereenvoudiging van de regelgeving en van de aanvraagprocedure zou een goede verbetering zijn. De automatische toekenning is nog beter, maar niet praktisch haalbaar door redenen van privacy. Een proactieve screening kan een haalbaar alternatief zijn.

De huisarts kan een steun zijn in de sensibilisering van de gerechtigde om het statuu effectief te verwerven.

In de hervorming van 2014 zijn er enkele administratieve aspecten vereenvoudigd, en is er een proactieve screening naar gerechtigden voorzien.

Inhoudstafel

1. Voorwoord	5
2. Inleiding	7
3. Literatuurstudie	9
3.1. Huidige situatie in België	9
3.2. Kloof tussen arm en rijk	11
3.3. Wetgeving	17
3.3.1. De verhoogde tegemoetkoming: historisch overzicht	17
3.3.2. Het Omnio-statuuut	20
3.4. De cijfers	25
4. Onderzoek	27
4.1. Methodiek	28
4.1.1. Onderzoeksmethode	28
4.1.2. Onderzoeksgroep	28
4.1.3. Semi-gestructureerd interview	28
4.1.4. Tijdsverloop	28
4.1.5. Gegevensverwerking	29
4.2. Resultaten	30
4.2.1. Organisaties voor patiënten of waar armen het woord nemen	30
4.2.1.1. Trefpunt Zelfhulp	30
4.2.1.2. Netwerk tegen Armoede	30
4.2.1.3. Vlaams Patiëntenplatform	31
4.2.2. Ziekenfondsen	32
4.3. Analyse	33
4.3.1. Voor- en nadelen van het Omnio-statuuut	33
4.3.1.1. Voordelen	33
4.3.1.2. Nadelen	33
4.3.1.2.1. Nadelen voor de rechthebbende	33
4.3.1.2.2. Nadelen voor de huisarts	35
4.3.1.2.3. Nadelen voor het ziekenfonds	36
4.3.2. Gerechtigden/rechthebbenden	37
4.3.3. Drempels tot het Omnio-statuuut	38
4.3.3.1. Stigma	38

4.3.3.2. Informatie over het Omnio-statuuut.....	38
4.3.4. Mogelijke opties voor verbetering	40
4.3.4.1. Automatisering.....	40
4.3.4.2. Proactieve opsporing	41
4.3.4.3. Rol van huisartsen en intermediairen.....	41
4.3.4.3.1. Huisartsen en andere zorgverleners.....	41
4.3.4.3.2. Intermediairen	42
4.3.4.4. Administratieve vereenvoudiging	42
5. Discussie	43
6. Aanbevelingen	44
6.1. Vanuit de interviews	44
6.1.1. Vereenvoudiging	44
6.1.2. Automatisering	44
6.1.3. Veralgemening	44
6.1.4. Proactieve benadering	45
6.2. Na persoonlijke reflectie	46
6.2.1. Opleiding.....	46
6.2.2. GMD+	46
6.2.3. Informatie	46
7. Besluit	47
8. Referenties	49
9. Bijlagen	50
10. Nawoord	69

1. Voorwoord

Als huisartsen-in-opleiding (haio's) werkten we gedurende twee jaar in landelijke huisartsenpraktijken in Vlaanderen: Liderik in Midden-West-Vlaanderen, Servaas in de Kempen. Hier hadden wij contact met patiënten uit alle lagen van de bevolking.

Al snel, en meer dan aanvankelijk verwacht, kregen we te maken met patiënten in een moeilijke financiële situatie. Het leek ons evident dat er specifiek voor hen bepaalde voorzieningen zouden bestaan, maar hoe dit in zijn werk ging, was ons nog onduidelijk.

In zijn eerste weken al kreeg Liderik te maken met een schrijnende situatie: een patiënte kon blijkbaar haar voorgeschreven medicatie niet betalen en belandde daardoor enkele dagen later op de spoedgevallen.

Servaas kwam in de praktijk veel in aanraking met personen met een verhoogde tegemoetkoming, maar zelfs deze groep kon zelfs één euro opleg niet bijleggen.

Het onderwerp liet ons niet los, mede doordat het ook in de media steeds vaker terugkwam. Tevens zijn we tijdens onze opleiding nooit echt in aanraking gekomen met deze sociale dimensie van de zorg.

Bij het zoeken naar een onderwerp voor onze masterproef was het dan ook evident dat het over betaalbaarheid en toegang tot de gezondheidszorg zou gaan.

In de periode dat we dit onderwerp kozen, kwam de problematiek meermaals in de actualiteit.

Een interview met Griet Briels van het Netwerk tegen Armoede(1) in De Morgen (13/11/2012) wekte onze interesse (*bijlage 1*). Daarin heeft ze het over de duidelijke kloof tussen arm en rijk in de Belgische bevolking, en de weerslag daarvan op de gezondheidszorg die de bevolking ontvangt: "Lager opgeleide vrouwen lopen meer kans op doodgeboorte, dat hun baby prematuur ter wereld komt of een lager geboortegewicht heeft, zo blijkt uit onderzoek". Dit werd gestaafd door onderzoek door professor Sarah Willems (UGent) (*bijlage 2*)(2).

Als toekomstige huisarts vonden we dit onderwerp zeer relevant, en spraken af met mevrouw Briels voor een eerste interview.

Tijdens dit boeiende gesprek ging het al gauw over de verschillende soorten van tegemoetkoming voor personen in een moeilijke financiële situatie, en de beperkingen van zulke regelingen.

Eén van de meest frappante zaken was de vaststelling dat zowat twee derde van de Belgen die mogelijk recht zouden hebben op het Omnio-statuuut, het in de praktijk toch niet hadden. We besloten dit aspect uit te vlooien, door enkele grote spelers op dit terrein aan de tand te voelen.

2. Inleiding

De verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit in België, een onderdeel van de sociale zekerheid, houdt in dat de gebruikers van de gezondheidszorg een deel van de gemaakte kosten terugbetaald krijgen van het ziekenfonds waarbij ze zijn aangesloten en waaraan ze lidgeld (premie) betalen.

De wetgever heeft in de loop der jaren verschillende maatregelen genomen om kwetsbare groepen te beschermen tegen al te hoge kosten voor gezondheidszorg, om te vermijden dat die personen om financiële redenen de nodige zorg zouden uitstellen of niet opzoeken.

Eén van die maatregelen is de 'voorkeurregeling' voor wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen (WIGW) met een bescheiden inkomen, zodat zij een verhoogde tegemoetkoming genieten (dus meer terugbetaald krijgen, en aldus een verminderd persoonlijk aandeel of 'remgeld' betalen). De doelgroep was zo gedefinieerd dat hij gemakkelijk objectief vast te stellen was op basis van een hoedanigheid van de rechthebbende: weduwe, wees, invalide, gepensioneerde(3).

Ondanks het stelselmatig uitbreiden van de doelgroep met nieuwe categorieën van rechthebbenden (langdurig werklozen, éénoudergezinnen, personen die beroep doen op het stookoliefonds, enz.), bleken echter nog altijd patiëntengroepen uit de boot te vallen, die het nog altijd moeilijk hadden om zorg te betalen en daardoor dreigden essentiële zorg uit te stellen.

Om daarop een antwoord te bieden, kwamen er vanaf 2000 nieuwe wettelijke initiatieven om de toegankelijkheid van de zorg beter te waarborgen. Eén daarvan was het 'Omio-statuut': de verbreding van de voorkeurregeling tot alle personen met een laag inkomen, los van hoedanigheden, maar louter op basis van de inkomsten van het gezin. Indien die lager liggen dan een bepaalde drempel, heeft het gezin recht op verhoogde tegemoetkoming(3).

Weliswaar moeten we vaststellen dat in 2013, zes jaar na de invoering van het Omio-statuut, nog geen 300.000 rechthebbenden het statuut hadden verkregen, terwijl voor de introductie ervan in 2007 het aantal potentiële rechthebbenden op 800.000 werd geschat.

Tijdens ons tweede jaar haio, en dus na het merendeel van ons opzoekwerk, verscheen op 24 oktober 2013 een persbericht(4) van Minister Onkelinx over de versmelting van de klassieke Verhoogde Tegemoetkoming en het Omio-statuut tot één Recht Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming vanaf 1 januari 2014. Men kan het op twee manieren verwerven: automatisch (op basis van een bestaand voordeel of situatie) en na een door het ziekenfonds uitgevoerd inkomensonderzoek. Tevens werd

voorzien dat vanaf 1 januari 2015 een uitwisseling van fiscale gegevens plaatsvindt, waardoor de ziekenfondsen proactief de toegang tot de verhoogde tegemoetkoming zullen kunnen voorstellen aan gezinnen die lijken te beschikken over een bescheiden inkomen .

De details werden echter maar duidelijk na de publicatie van het Koninklijk Besluit op 29 januari 2014 (retrograad in werking vanaf 1 januari 2014).

Deze veranderingen zijn nogal ingrijpend, en we zullen dan ook telkens vermelden wat de relevante wijzigingen zijn.

Onze thesis gaat dus over een onderwerp dat niet meer bestaat, maar de ruimere problematiek blijft wel actueel: we hebben ons gericht op de vraag hoe het komt dat de doelgroep voor het Omnio-statuuut moeilijk te bereiken is, wat de drempels zijn tot dat statuut, en wat wij als toekomstige huisartsen kunnen doen. Het Omnio-statuuut zelf mag dan niet meer bestaan op moment van schrijven, maar we zijn ervan overtuigd dat er heel wat bevindingen ook voor de nieuwe verhoogde tegemoetkoming van toepassing kunnen zijn.

3. Literatuurstudie

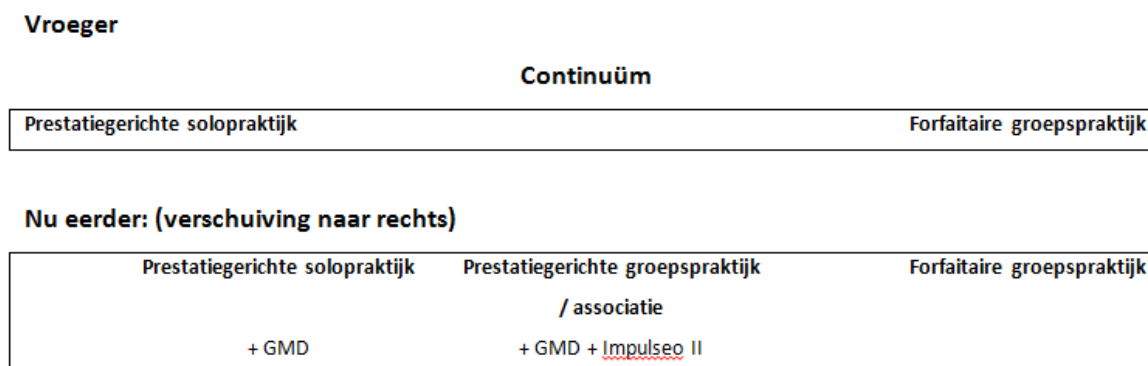
3.1. Huidige situatie in België

In België bestaan er momenteel twee financieringssystemen voor de zorgverlening in de huisartsgeneeskunde: de prestatiegeneeskunde, waarbij er betaling per akte is; en de forfaitaire geneeskunde. In de prestatiegeneeskunde ontvangt de arts een vergoeding voor de prestaties die hij geleverd heeft. Dit is veruit het meest gebruikte model in België. In de forfaitaire geneeskunde wordt er een forfait toegekend aan de artsen aan de hand van het aantal ingeschrevenen.

De voor- en nadelen van beide modellen werden al reeds grondig besproken in een manama-thesis 'Forfait versus Prestatiegeneeskunde: De perceptie van de huisarts op de twee grote systemen in de huisartsgeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie' van Stefanie de Winter uit 2009-2010 (5).

Haar indeling in deze twee vormen zijn echter reeds grotendeels achterhaald met de vorming van de groepspraktijk, invoering GMD, waardoor deze prestatiepraktijken iets meer naar de forfaitaire kant zijn opgeschoven. Toen stonden aan de ene zijde de prestatie-solopraktijken en aan de andere zijde de forfaitaire groepspraktijken. Via Impulseo, GMD, vorming prestatie-groepspraktijken, zijn deze iets meer opgeschoven richting de forfaitaire groepspraktijken en bevatten ze ook al veel van de voordelen die de forfaitaire groepspraktijken hadden.

Figuur 1: Continuüm van prestatiegerichte solopraktijk tot forfaitaire groepspraktijk:



Het is duidelijk dat we ons in deze thesis richten op de prestatiegerichte praktijken, waar de patiënt per consultatie moet betalen, en dus niet op de forfaitaire praktijken. De overheid heeft de laatste jaren een

grote inspanning gedaan naar administratieve vereenvoudiging en een bijkomende forfaitaire vergoeding voor de arts (GMD).

3.2. Kloof tussen arm en rijk

Nog steeds bestaat er een zeer grote kloof tussen arm en rijk.

Het rapport(6) “De Sociale Staat van Vlaanderen 2009” toont ook aan dat de situatie in België nog steeds schrijnend is. Het wijst uit dat er in België nog steeds grote hardnekkige gezondheids- en ziekteverschillen tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, gehuwde en gescheiden mensen, autochtonen en allochtonen, hoogopgeleiden en laaggeschoolden, stedelingen en plattelanders(7).

We merken hier vooral grote verschillen op naargelang de sociaaleconomische status (zoals gemeten via opleiding, beroep, en financiële middelen). Rond 2000 was de levensverwachting van een 25-jarige vrouw zonder diploma 55 jaar en van een 25-jarige man met een diploma hoger onderwijs van het lange type (inclusief universitair onderwijs) 58,5 jaar (tabel 1).

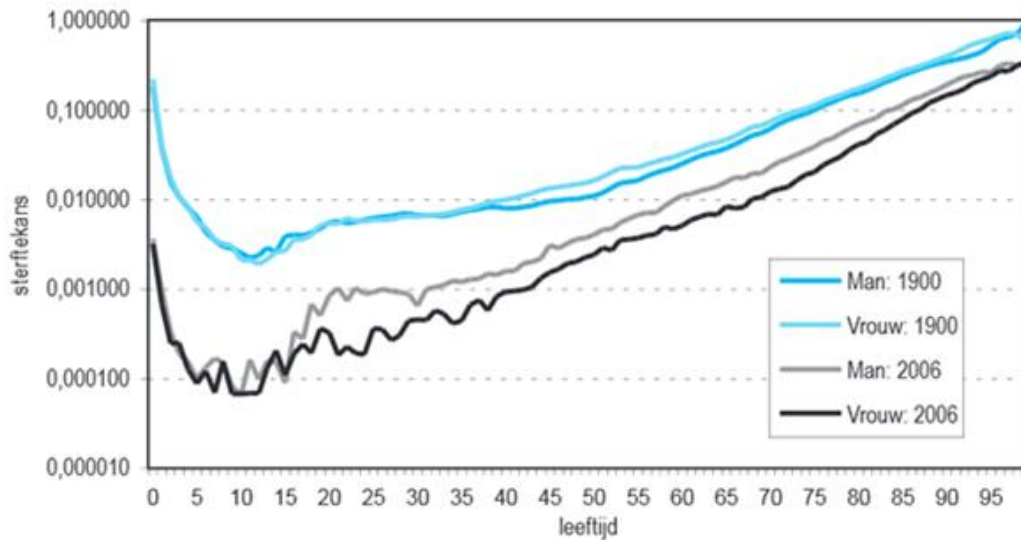
Tabel 1: Levensverwachting en gezonde levensverwachting van 25-jarige mannen en vrouwen in België, periode 1991-1996/97.(6)

	Levensverwachting		Gezonde levensverwachting	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Geen diploma	48,1	55,0	28,1	24,4
Lager onderwijs	48,2	55,6	30,8	29,8
Lager algemeen secundair onderwijs	50,0	57,3	33,1	34,7
Lager technisch secundair onderwijs	50,4	57,8	36,5	30,8
Lager beroepssecundair onderwijs	50,0	57,0	38,0	40,3
Hoger algemeen secundair onderwijs	50,6	57,5	37,6	40,5
Hoger technisch secundair onderwijs	51,2	58,1	40,8	44,9
Hoger beroepssecundair onderwijs	50,9	57,6	42,6	46,5
Hoger onderwijs korte type	53,4	58,1	46,0	41,6
Hoger onderwijs lange type (incl. universitair)	53,6	58,5	45,9	49,1
Totaal	49,6	55,9	37,5	37,6

Bijkomend is er ook nog een groot schil merkbaar tussen de gewesten. In 2004-2006 was de levensverwachting van 0-jarige mannen in het Vlaams Gewest 77,8 jaar, in het Brussels Gewest 75,6 jaar en in het Waals Gewest 74,8 jaar. Bij vrouwen is de levensverwachting 5 tot 7 jaar hoger.

Wel is er ook een positieve evolutie te zien. De sterfte in 2006 is in het Vlaams Gewest 9,2 (per 1000 eenheden van de bevolking in een bepaald jaar) en is iets lager dan deze in het Brussels en het Waals Gewest.

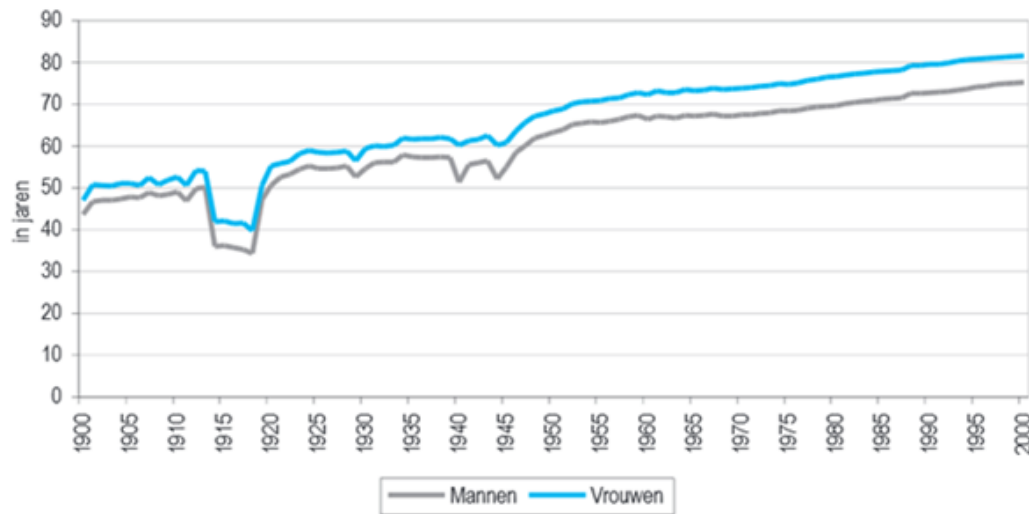
Figuur 2: Leeftijdsspecifieke sterftekans naar geslacht in België, 1900 en 2006.(6)



Zoals uit *figuur 2* blijkt, zijn er ook lichtpunten. Er is een zeer opvallende en sterke daling van de zuigelingen- en kindersterfte. Dankzij de uitbouw van de sociale zekerheid was het bovendien niet meer nodig veel kinderen te hebben als investering in de toekomst.

Bijkomend positief punt is dat dankzij de economische groei, de medische vooruitgang en een toereikend en gezonde voeding er een verdubbeling van de levensverwachting optrad. Rond het begin van de 20ste eeuw lag de gemiddelde levensverwachting rond de 52 jaar, daar waar de gemiddelde levensverwachting tegenwoordig 80 jaar is (*figuur 3*).

Figuur 3: Evolutie van de levensverwachting van 0-jarigen in België, periode 1900-2000. (6)



Er zijn ook verschillen naar *burgerlijke staat*. Gehuwden leven gemiddeld langer dan alleenstaande,

gescheiden en verweduwde mensen. Een factor die daarin een rol speelt is dat gezonde individuen vaker huwen, dus selectie-effect. Dat gehuwden gemiddeld langer leven, heeft ook te maken met het feit dat het huwelijk de materiële leefomstandigheden bevordert en een sociaal en emotioneel vangnet biedt(6).

De Euro Health Consumer Index 2008 (6) onderzocht de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in 27 Europese landen. België behaalde de hoogste score. De toegankelijkheid werd gemeten aan de hand van vijf indicatoren: de huisarts, de specialist, kankertherapie, belangrijke niet-acute ingrepen (binnen de 90 dagen) en nucleair magnetische resonantie (binnen de 7 dagen). De op het eerste gezicht uitstekende toegankelijkheid van het Belgisch zorgsysteem heeft te maken met een veralgemeende verplichte ziekteverzekering (95% van de bevolking) en een aanvullende vrije verzekering (46% van de bevolking)(6).

Echter moeten de Belgen steeds meer uitgeven voor gezondheid en gezondheidszorgen. Tussen 1995 en 2006 trad er een verdubbeling op van de gezondheidskosten, terwijl het aandeel van de overheidsuitgaven in het totale uitgavenpakket voor gezondheidszorg gezakt is van 79% in 2005 naar 71,1% in 2006. De private uitgaven stegen in die periode gelijkmatig van 21% naar 28,9%. Deze private uitgaven weerspiegelen de kost die de patiënt zelf moet dragen van de totale gezondheidskosten, nl. remgelden op honoraria, medicaties, technische onderzoeken, ziekenhuisverblijf, ... (6)

Deze evolutie betekent concreet dat de Vlaming steeds dieper in eigen portemonnee moet tasten om het almaar duurder wordende gezondheidszorg te betalen.

Bijkomend noteerde het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR) in de periode 1995-2003 een gemiddelde jaarlijkse stijging van 6,5% voor gezondheidsuitgaven. Dit is bijna het dubbele van de gemiddelde jaarlijkse stijging voor de totale gezinsconsumptie (3,4%). Ondanks de toegenomen financiële inspanningen van de individuele burger en van de overheid (o.m. maximumfactuur, Omnio-statuut, Vlaamse zorgverzekering) wordt gezondheidszorg voor een toenemend aantal Vlamingen onbetaalbaar.

De huisartsenvereniging Domus Medica meldde dat minstens 10% van de Vlaamse patiënten moeite heeft om de huisarts te betalen, wat in achtergestelde buurten tot 25% kan oplopen (6).

Faber et al. schrijft dat 95% van de chronische patiënten geen financiële problemen hebben om hun arts te raadplegen. We kunnen hieruit afleiden dat 5% van de chronische patiënten dus weldegelijk problemen hebben om hun arts te raadplegen voor financiële redenen(8).

Wel is het vermeldenswaardig dat de Belgen zeer tevreden zijn over hun gezondheidszorg.

In dit artikel(8) wordt de eerstelijnsgezondheidszorg vergeleken tussen de landen Nederland, Duitsland, Denemarken, België en het Verenigd Koninkrijk. Dit om aanbevelingen te doen voor de Verenigde Staten van Amerika. Deze studie implementeerde 152 praktijken met telkens 50 chronische patiënten (chronisch longlijden, diabetes mellitus, hypertensie, cardiovasculair lijden, angststoornissen, depressie, kanker en arthrose) van hun patiëntenbestand.

In België bleken 88% van de deze chronische patiënten gecoördineerde zorgen te krijgen, wat het beste cijfers is in vergelijking met de andere landen. Hieruit kunnen we concluderen dat bij de chronische patiënten deze kloof tussen arm en rijk in de gezondheidszorg in België relatief goed is in vergelijking met Nederland, Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Bijkomend bleek er in dit onderzoek geen verschil te zitten tussen de sociodemografische kenmerken van deze landen.

Dit onderzoek(8) toonde aan dat bij 40% van de patiënten de verwachtingen omtrent de zorg niet werden ingelost op het einde van de consultatie en/of dat hun huisarts geen interesse toonde in hun psychosociaal welzijn en leefomstandigheden.

Dankzij het prestatiesysteem in België en de kleine praktijken (met meestal slechts één of twee artsen) is er een goede relatie tussen de arts en patiënt. In België rapporteren de patiënten dan ook een hoge patiëntentevredenheid.

De relatieve en ook absolute stijgende persoonlijke bijdragen in het gezondheidssysteem, zoals bleek uit de Sociale Staat van Vlaanderen 2009, kunnen niet anders dan zijn weerslag hebben in de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem. Dit wordt nog verder aangetoond in het rapport van het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (9).

Het Kenniscentrum ging de performantie na van het Belgische gezondheidssysteem over het verloop van de jaren en in vergelijking met andere landen. De allereerste HSPA (Health System Performance Assessment) gebeurde in 2010 (10). In 2012 gebeurde er opnieuw een check-up (9).

Een HSPA is een landgebonden proces waarmee het gezondheidssysteem holistisch kan worden beoordeeld. Dit instrument beoogt bij te dragen tot de strategische planning van het gezondheidssysteem door indicatoren te berekenen die een “signaalfunctie” hebben. In het rapport van 2012 wordt er gebruik gemaakt van 74 indicatoren. De kernset van 55 indicatoren uit 2010 werden uitgebreid met indicatoren uit volgende domeinen: gezondheidspromotie, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, zorg op lange termijn, palliatieve zorg; indicatoren toevoegen inzake

patiëntgerichtheid en zorgcontinuïteit en tot slot indicatoren voorstellen inzake billijkheid in het gezondheidssysteem.

De meeste aandacht ging hier naar de toegankelijkheid van de zorg. Dertien van de 74 indicatoren beoordelen de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem. Dit gaat dan vooral over de fysieke toegang, kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel. De toegankelijkheid van een gezondheidssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsvol en efficiënt gezondheidssysteem.

Ondanks het bestaan van een universele ziekteverzekering en het bestaan van veel sociale vangnetten (maximumfactuur, Omnio, Bijzonder solidariteitsfonds) **verklaarde 14% van de huishoudens dat zij sommige gezondheidszorgen (medische zorg, chirurgie, geneesmiddelen, bril of lenzen, geestelijke gezondheidszorg) moesten uitstellen om financiële redenen.** Dit percentage is bovendien **toegenomen sinds het einde van de jaren negentig.** Bovendien vertegenwoordigen de persoonlijke uitgaven van de patiënt 19% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, hetgeen aanzienlijk hoger is dan het EU-15-gemiddelde van 15%. Hiervoor verwijzen we naar *tabel 2*.

Deze cijfers zijn iets lager dan in de Euro Health Consumer Index 2008 (6).

We kunnen concluderen dat in België, de patiënt meer dan in andere landen moet bijdragen tot zijn eigen gezondheidszorg. Ook is de eigen inbreng stijgende zoals uit het rapport van Vlaanderen (6) bleek. Zo kan het niet anders dan dat meer gezinnen de financiële middelen niet bezitten om hun gezondheidszorgen te betalen en deze zorgen verder uitstellen, met soms schrijnende situaties.

Tabel 2: Indicatoren ter beoordeling van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

KCE Report 2012

Indicator	Gloobaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Personeelsbestand											
Aantal (per 1 000 inwoners):	🚩	2,9	2010	stabiel							
- praktiserende artsen											
- praktiserende verpleegkundigen		9,9 ⁱ	2009								
Financiële toegankelijkheid											
Dekking verplichte ziekteverzekering van de bevolking (%)	😊	99,5	2010	stabiel							
Remgeld en persoonlijke uitgaven (% van totale gezondheidszorguitgaven)		19,4	2010	stabiel							
Uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (%)		14	2008	stijging			27,0	4,0	11,0	14,0	26,0
Dekking van preventieve maatregelen											
Kankerscreening	🚩										
- Borst (% vrouwen 50-69 jaar oud)		80,1	2010	stabiel			48,6	62,9	64,9	55,3	51,9
- Baarmoederhals (% vrouwen 25-64 jaar oud)		61,8	2010	stabiel			48,9	64,2	61,0	64,6	63,6
Vaccinatiedekking kinderen	😊										
- % DTP-Hib (3)		97,9	2009	stijging					98,3	98,9	98,6
- % MMR (1)		94,5	2009	stijging					96,8	92,4	91,1
Griepvaccinatie (% 65+)	😊	65,0 ⁱⁱ	2009	stijging			63,5	46,3	65,6	60,9	59,2
Zorg op lange termijn											
Aantal bedden in woonzorgcentra en rust- en verzorgingshuizen (per 1 000 inw. 65+)	🚩	70,3 ⁱⁱ	2011	stabiel					58	83	101
Mantelzorgers (% bevolking 50+)		12,1	2007								
Tijdsduur van palliatieve zorg: overlijdens binnen een week na de start van de palliatieve zorg (%)	🚩	(20,0) ⁱⁱⁱ	2006								

ⁱ OESO-gegevens over het aantal verpleegkundigen onvoldoende vergelijkbaar.

ⁱⁱ Nationale waarden gebaseerd op HIS (basis van internationale vergelijking in OESO-Gezondheidsgegevens), socio-economische ongelijkheden gebaseerd op EPS.

ⁱⁱⁱ Waarde en internationale vergelijking gebaseerd op gegevens 2010.

^{iv} Geen nationale gegevens, waarde gebaseerd op één enkele studie van het Christelijk Ziekenfonds.

DTP-Hib (3) Difterie-Tetanus-Kinkhoest (Pertussis)-Haemophilus Influenzae B (dekking met derde dosis; BMR (1) Bof-Mazelen-Rodehond (eerste dosis).

Uit tabel 2 zien we ook duidelijk dat het vooral de lage sociale klasse is die gezondheidszorg uitstelt om financiële redenen. Ook het Brussels gewest is vergelijkbaar, vermoedelijk door de vele mensen in armoede in onze hoofdstad.

3.3. Wetgeving

3.3.1. De verhoogde tegemoetkoming: historisch overzicht

Kort na de Tweede Wereldoorlog werd in België de sociale zekerheid opgericht. Een onderdeel daarvan was een verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit via het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit (3).

De verzekering biedt sociale bescherming op twee vlakken:

- Ze biedt financiële tegemoetkoming in de ziektekosten van de verzekerden voor allerhande verstrekkingen (medische verstrekkingen, geneesmiddelen, ziekenhuisverblijf, paramedische en verpleegkundige verstrekkingen, enz.).
- Ze waarborgt een vervangingsinkomen bij loonverlies in geval van arbeidsongeschiktheid die een voldoende graad van ernst bereikt (66 %).

Dat Rijksfonds werd per 1 januari 1964 op basis van de wet van 9 augustus 1963 vervangen door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (3).

Tegelijk werd een ‘voorkeurregeling’ ingevoerd voor wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen met een bescheiden inkomen, zodat zij een verminderd persoonlijk aandeel betalen (lager ‘remgeld’), waardoor de zorg voor hen financieel toegankelijker wordt. Deze doelgroep werd de WIGW’s genoemd, en was zo gedefinieerd dat ze gemakkelijk objectief vast te stellen waren uit informatie die al beschikbaar was bij de ziekenfondsen (die hadden informatie over wie weduwe of weduwnaar was, want ze betalen een begrafenispremie; ze betalen de invaliditeitsuitkering uit; ze krijgen een melding wanneer iemand op pensioen gaat; ze hebben een toeslag voor wezen).

Er bleken echter nog altijd patiëntengroepen uit de boot te vallen, die het nog altijd moeilijk hadden om zorg te betalen. Om ook deze groepen te bereiken, werden vanaf 1997 nieuwe categorieën van personen toegevoegd aan het systeem van verhoogde tegemoetkoming, in het bijzonder degenen die een “sociaal voordeel” genieten dat hen buiten de verzekering voor geneeskundige verzorging is verleend en dat een aanwijzing is voor een precare financiële situatie: éé noudergezinnen; mensen die het leefloon ontvingen; mensen die al zes maanden een werkloosheidsuitkering ontvingen ...

Het bleek echter ook steeds complexer om die extra patiëntengroepen te bereiken.

Vanaf 2000 kwamen er nieuwe wettelijke initiatieven om de toegankelijkheid van de zorg beter te

waarborgen(3), zoals:

- invoering van de maximumfactuur (MAF), die garandeert dat een gezin niet meer dan een bepaald bedrag moet uitgeven voor noodzakelijke gezondheidskosten. Vanaf het moment dat het remgeld betaald voor de geneeskundige verzorging dit maximumbedrag bereikt, worden voor alle leden van dit gezin alle officiële honoraria (maar niet: geneesmiddelen, enz.) voor 100% terugbetaald. Dit bedrag hangt af van het inkomen van het gezin.
- het 'Omio-statuut': verbreding van de voorkeurregeling die werd ingevoerd in 1963 tot alle personen met een laag inkomen. (Voordien kon de verhoogde tegemoetkoming voor de WIGW niet toegekend worden aan de personen in een moeilijke financiële situatie die niet over de juiste hoedanigheid bezaten. Het ging dan met name om personen die een beroepsactiviteit met een laag inkomen uitoefenen.) Er werd een heel andere visie aangenomen: er werd niet meer gestart vanuit bepaalde categorieën, maar vanuit de inkomsten van het gezin. Indien die lager liggen dan een bepaalde drempel, heeft het gezin recht op verhoogde tegemoetkoming.

Een belangrijke wijziging uit 2007 is dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de WIGW tot de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en tot zijn of haar personen ten laste werd uitgebreid. Tot 2007 werd immers wel rekening gehouden met de inkomsten van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende om de gezinsinkomsten te bepalen, terwijl de voorkeurregeling enkel voor de gerechtigde en zijn of haar personen ten laste werd gereserveerd.

Sinds 1 april 2007 legde een koninklijk besluit de voorwaarden vast om de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen op basis van een sociaal voordeel, een hoedanigheid of het Omio-statuut. Het verving de vroegere voorwaarden om het recht op de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen.

Het Koninklijk Besluit van 29 januari 2014 (11) (retrograad in werking vanaf 1 januari 2014) hervormt de statuten voor verhoogde tegemoetkoming: de klassieke verhoogde tegemoetkoming en het Omio-statuut worden verenigd in een nieuw systeem, dat Recht Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming (RVV) zal heten. Men kan het op twee manieren verwerven: automatisch (op basis van een bestaand voordeel of situatie) en na een door het ziekenfonds uitgevoerd inkomensonderzoek. Tevens werd voorzien dat vanaf 1 januari 2015 een uitwisseling van fiscale gegevens plaatsvindt, waardoor de ziekenfondsen gezinnen die lijken te beschikken over een bescheiden inkomen de toegang tot de verhoogde tegemoetkoming proactief zullen voorstellen(12).

Het was dan ook de bedoeling om iedere vorm van discriminatie tussen gezinnen met een bescheiden inkomen op te heffen en de werkloosheidsval te vermijden (zoals wanneer werkhervatting het verlies van bepaalde voordelen met zich meebrengt).

3.3.2. Het Omnio-statuu

‘Omnio’ is afkomstig uit het Latijn en betekent “alle mensen, iedereen”. Het Omnio-statuu in de ziekte- en invaliditeitsverzekering is een systeem van verhoogde tegemoetkoming dat voor iedereen bestemd is (13).

Het is een systeem om de rechthebbenden een preferentiële vergoeding van de medische kosten toe te kennen, met als doel hen een lager remgeld te laten betalen.

Voordelen en rechten die van het Omnio-statuu zijn afgeleid(13):

- hogere terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen en van de farmaceutische producten.

Het remgeld van de rechthebbenden op het Omnio-statuu, dat gelijk is aan dat van de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedraagt in principe 10% van de normale honoraria voor de normale verzorging zoals de huisbezoeken en de raadplegingen van de huisartsen of de tandheeskundige verzorging, en 15% van de honoraria voor raadplegingen van geneesheer-specialisten.

- Gunstigere regeling voor de voorschotten en het persoonlijk aandeel in geval van ziekenhuisopname.

Sinds 1 juli 2007, de dag waarop de toekenning van het recht op het Omnio-statuu van start is gegaan, mogen de ziekenhuizen aan die rechthebbenden geen kamer- of honorariumsupplementen meer aanrekenen voor een verblijf in een tweepersoonskamer.

- De toepassing van de derdebetalersregeling

Die betaalwijze is verplicht voor sommige geneeskundige verstrekkingen zoals, bijvoorbeeld, die welke tijdens een opname worden verstrekt, maar is daarentegen verboden in de ambulante sector voor de raadplegingen en huisbezoeken van de huisartsen en de specialisten, alsook voor de preventieve behandelingen en sommige zorgen die door tandartsen worden verricht.

Die geneeskundige verstrekkingen die aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en het Omnio-statuu worden verleend, vormen echter een van de uitzonderingen op dit verbod om de derdebetalersregeling toe te passen.

- Het recht op de sociale maximumfactuur (MAF)
 - De MAF werd in 2002 ingevoerd met hetzelfde doel als het Omnio-statuu. Het beoogt de beperking van de gezondheidskosten van de gezinnen tot een variabel grensbedrag

dat wordt bepaald op basis van de gezinsinkomsten van de sociaal verzekerde (MAF inkomsten) ofwel op basis van de sociale categorie waartoe de rechthebbende behoort (sociale MAF).

- De sociale MAF heeft als rechtstreeks gevolg dat de persoonlijke aandelen in de geneeskundige verzorging van het lopende jaar volledig worden terugbetaald zodra het bedrag aan remgeld van het gezin het grensbedrag van 450 EUR heeft bereikt.

- Afgeleide rechten van het Omnio-statuuat:

Naast de hogere terugbetaling voor de geneeskundige verzorging, kent de regeling van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming ofwel een automatisch recht toe op sommige voordelen ofwel een facultatief recht op andere fiscale verminderingen of vrijstellingen op voorwaarde dat bepaalde toekenningsvoorwaarden worden nageleefd.

Bijvoorbeeld:

- tariefvoordelen bij het openbaar vervoer
- reductie op de verplichte bijdrage voor de Vlaamse Zorgverzekering (10 euro ipv 25 euro)
- vrijstelling provinciebelasting voor gezinnen (14)
- andere voordelen in sommige gemeenten: verwarmingstoelage van het OCMW in het kader van het Sociaal Stookoliefonds; verminderd tarief voor vakantiekampen voor kinderen.

Rechthebbenden van het Omnio-statuuat(13):

Het Omnio-statuuat wordt toegekend aan verschillende categorieën van rechthebbenden (bedienden, arbeiders, zelfstandigen, werklozen...) die deel uitmaken van een economisch kwetsbaar gezin zonder te voldoen aan de toekenningsvoorwaarden van de klassieke VT.

Het begrip 'gezin' in het kader van het Omnio-statuuat is gebaseerd op het begrip dat in de reglementering van de MAF wordt gehanteerd, namelijk, een feitelijk gezin dat is samengesteld op basis van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen zonder verwijzing naar het ziekenfondslidmaatschap van de betrokken personen. Een andere term die hiervoor gebruikt wordt, is het 'rijksregistergezin'. Het gaat om het 'rijksregistergezin' dat bestaat op 1 januari van het jaar in de loop waarvan een aanvraag tot recht op het Omnio-statuuat wordt ingediend.

De personen die dit gezin op 1 januari vormen, worden in aanmerking genomen voor de berekening van het toepasbare inkomensgrensbedrag, voor het onderzoek van de inkomstenvoorwaarden en voor de

toekenning van het statuut.

De wetgever bepaalt een aantal uitzonderingen op de samenstelling van het feitelijk gezin op 1 januari van het jaar van de aanvraag van het Omnio-statuuut. Onder meer als een persoon jonger dan 16 jaar wordt toegevoegd voor wie voor de eerste maal een inschrijving in het Rijksregister is aangevraagd (geboorte van een kind/adoptie). Daarnaast bestaan er nog enkele andere uitzonderingen (grensarbeiders werkzaam in België, personen die in een gemeenschap leven (bejaarden in rusthuizen, kloostergemeenschap, penitentiaire centra, beschut wonen, ...), leefloners/sociale bijstand zonder vast adres in België, ...).

De klassieke Verhoogde Tegemoetkoming daarentegen hanteert een andere notie voor gezin, namelijk het mutualistisch gezin, zoals gekend bij het ziekenfonds: rechthebbende, zijn personen ten laste, eventueel een partner en diens personen ten laste.

Met de opname van het Omnio-statuuut in de verhoogde tegemoetkoming vanaf 1 januari 2014 wordt nu ook voor deze categorie het 'mutualistisch gezin' gebruikt, en niet meer het rijksregistergezin. Dit zijn de rechthebbenden, zijn personen ten laste en zijn levenspartner. Deze zijn gekend bij de ziekenfondsen. Zo is er meer overeenkomst met de vroegere verhoogde terugbetaling.

Inkomstenvoorwaarden met betrekking tot het Omnio-statuuut(13):

Zowel in het Omnio-statuuut als in de verhoogde verzekeringstegemoetkoming worden dezelfde basisgrensbedragen gebruikt.

Als referentieperiode wordt het kalenderjaar dat voorafgaat aan dat van de indiening van de aanvraag gekozen. Dit verschilt van die van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming waarbij de inkomsten op het ogenblik van de aanvraag genomen wordt.

Elk jaar deelt het RIZIV de jaarlijkse toepasbare grensbedragen mee aangezien de bedragen worden geïndexeerd en aan de evolutie van de welvaart worden aangepast.

Tabel 3: Grensbedrag van de inkomens (13):

Jaar van aanvraag	Inkomensjaar	Aanvrager (in EUR)	Bijkomende personen (in EUR)
2009	2008	14.339,94	2.654,70
2008	2007	13.543,71	2.507,30
2007	2006	13.312,80	2.464,56

Om dit grensbedrag vast te stellen, wordt de echtgenoot of de levenspartner van de betrokken rechthebbende altijd als persoon ten laste beschouwd.

Voorbeeld:

Volgens het rijksregister leeft X op 1 januari 2009 samen met haar zoon, dochter en grootmoeder. Het inkomensgrensbedrag voor het Omnio-statuuut is 22.304,04 EUR (14.339,94 EUR + 3x 2.654,70 EUR).

De inkomens die in aanmerking moeten worden genomen zijn:

- de onroerende inkomsten
- inkomsten uit kapitalen en roerende goederen.
Hierbij gaat het om het bedrag uit kapitalen en roerende goederen (inkomsten uit aandelen, obligaties, ...) dat werkelijk geïnd of verkregen wordt, verhoogd met de innings- en bewaringskosten en andere soortgelijke kosten.
- De eventuele roerende voorheffing betaald door een lid van het Omnio-gezin en de woonstaatheffing worden eveneens bijgevoegd.
- beroepsinkomsten: uitgezonderd enkele uitzonderingen (vakantiejob kind <25 jaar).
- diverse inkomsten zoals de onderhoudsuitkering

Aanvraag van het Omnio-statuuut(13):

Om het Omnio-statuuut aan te vragen, moeten de gezinsleden een aanvraag indienen met een verklaring op erewoord dat hun inkomsten van het kalenderjaar voorafgaand aan dit van de aanvraag lager waren dan het grensbedrag.

Het is de gerechtigde zelf die deze aanvraag moet indienen bij het ziekenfonds. De toekenningprocedure van het Omnio-statuuut kan niet worden gestart door de ziekenfondsen aangezien zij niet over de gegevens beschikken om de rechthebbenden te selecteren.

Impact van het Omnio-statuu:

In tabel 4 vinden we de evolutie van het aantal rechthebbenden op het Omniostatuu sinds 1 juli 2007.

Tabel 4: Aantal rechthebbenden op het Omnio-statuu per kwartaal (13):

Situatie op	Aantal rechthebbenden op het Omnio-statuu per kwartaal
01.01.2009	189.987
01.10.2008	181.429
01.07.2008	155.360
01.04.2008	147.508
01.01.2008	112.419
01.10.2007	91.671
01.07.2007	47.169

Recentere cijfers van het RIZIV gaan verder tot in het jaar 2013 (*tabel 5*)(15).

Tabel 5: Rechthebbenden op het Omnio-statuu 2008-2013(15)

	Omnio-statuu		Totaal
	Verzekerden met recht	Verzekerden zonder recht	
Toestand op			
31/12/2008	164.845	10.456.514	10.621.359
31/12/2009	231.900	10.477.794	10.709.694
31/12/2010	267.813	10.520.297	10.788.110
31/12/2011	271.551	10.612.914	10.884.465
31/12/2012	279.252	10.673.158	10.952.410
31/12/2013	285.360	10.727.791	11.013.151

3.4. De cijfers

Op 1 januari 2009, twee jaar na invoering van het Omnio-statuuat, waren er 189.987 personen in België die het Omnio-statuuat genoten. Op basis van de fiscale statistieken werden echter 818.478 potentiële rechthebbenden geteld(6, 13).

Uit de recentere gegevens van *tabel 5* blijkt dat op 31/12/2013 nog steeds slechts 285.360 personen gebruik maken van het Omnio-statuuat(15).

Bijna twee op de drie personen die recht heeft op het Omnio-statuuat, heeft het dus niet. Vermits het Omnio-statuuat een sociale beschermingsmaatregel is, die dus bij verre niet de beoogde doelgroep bereikt, kunnen we spreken van ‘onderbescherming’.

Volgens een steekproef van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg(9) verklaarde veertien procent van de Belgische huishoudens dat zij sommige gezondheidszorgen (medische zorg, heilkunde, geneesmiddelen, bril/lenzen) moesten uitstellen om financiële redenen; dit gebeurt ondanks een universele ziekteverzekering en initiatieven van de overheid (Verhoogde Tegemoetkoming, Omnio-statuuat, Maximumfactuur, Bijzonder solidariteitsfonds).

Dit percentage is toegenomen sinds het einde van de jaren negentig.

Volgende gegevens werden gehaald uit een studie van Martine Jetzen, attaché sociaal-inspecteur van de Administratieve Controledienst van het RIZIV(13). “Volgens minister Laurette Onkelinx kan de huidige kloof tussen het aantal werkelijke en het aantal geraamde rechthebbenden worden verklaard door de administratieve stappen die moeten worden gezet. Voor mensen met een laag inkomen en met geringe noden inzake geneeskundige verzorging, en bijgevolg met weinig interesse voor deze maatregel, vormen die een hinderpaal als zij geen zware gezondheidsproblemen hebben”

Het RIZIV en de ziekenfondsen onderzoeken momenteel hoe ze samen uit de massa beschikbare informatie indicatoren kunnen halen op basis waarvan de potentiële rechthebbenden kunnen worden geselecteerd en meer gericht gesensibiliseerd(13).

Zo’n automatisch systeem zou minder stigmatiserend werken. Deze hervorming is echter complex door technische problemen die verband houden met de instabiliteit van de gezinssamenstelling en de informatie van de gegevens. Er zou moeten efficiënt samengewerkt kunnen worden met de FOD Financiën, zodat de ziekenfondsen de gerechtigden actief kunnen aanspreken(13).

Het is vooral door deze complexiteit, de beschikbaarheidstermijnen voor sommige gegevens en de

vertrouwelijkheid van de fiscale gegevens moeilijk om toegang te krijgen tot bepaalde fiscale gegevens die nodig zijn voor de controle van de inkomensvoorwaarden.

4. Onderzoek

Het Omnio-statuuat is ingevoerd in 2007 omdat men constateerde dat de toenmalige voorkeurregeling voor verhoogde tegemoetkoming (VT), die recht gaf op een lager remgeld voor zorg en verzorging als middel om de drempel voor gezondheidszorg te verlagen, en werd toegekend op basis van een hoedanigheid van de rechthebbende (oorspronkelijk enkel weduwe, invalide, gepensioneerde, wees; naderhand ook uitgebreid naar langdurig werklozen, éé noudergezinnen enzovoort) niet volstond om iedereen in een moeilijke financiële situatie te omvatten.

Het Omnio-statuuat kon worden toegekend aan iedereen die voldeed aan slechts één criterium: het inkomen van het gezin.

Weliswaar constateerde men na enkele jaren een grote discrepantie tussen de geraamde aantallen rechthebbenden en de reële aantallen⁽¹⁵⁾:

- op 30 juni 2013 waren er 10.969.707 verzekerden in België;
- 272.274 daarvan hadden het Omnio-statuuat, 1.810.962 de klassieke verhoogde tegemoetkoming;
- vòòr de implementatie van het statuuat raamde het RIZIV de doelgroep voor Omnio op 800.000 personen.

Met ons onderzoek willen we nagaan waarom zo veel personen die in aanmerking komen voor het recht, het toch niet genieten. Met andere woorden: **Wat zijn de drempels voor het Omnio-statuuat?** Vervolgens willen we ook uitzoeken wat wij als huisartsen kunnen doen om die drempels te verlagen.

We ondervragen een aantal belangrijke spelers op het terrein. We bekijken of er grote verschillen zijn tussen de opinie van organisaties van mogelijke rechthebbenden en deze van de ziekenfondsen. Tenslotte hebben we zo een beter zicht op de drempels en formuleren we enkele aanbevelingen.

4.1. Methodiek

4.1.1. Onderzoeksmethode

We verrichtten een kwalitatieve bevraging door middel van semi-gestructureerde interviews.

4.1.2. Onderzoeksgroep

Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de situatie zoals ze nu is, bevroegen we de voornaamste spelers op het terrein:

- enerzijds verenigingen die de belangen van patiënten behartigen, of waar armen het woord nemen;
- anderzijds vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, die conform de wet op de ziekenfondsen onder meer de taak hebben de statuten voor verhoogde tegemoetkoming toe te kennen aan hun leden, als die er recht op hebben. Het landschap van de ziekenfondsen in België telt vijf grote spelers en is levensbeschouwelijk opgedeeld (christelijk, socialistisch, liberaal, neutraal en onafhankelijk).

4.1.3. Semi-gestructureerd interview

Op aanraden van de eerste geïnterviewde van het Trefpunt Zelfhulp, goten we onze vragen in de vorm van het semi-gestructureerde interview, gezien de aard van het onderwerp en de specifieke vragen die we wilden stellen. De volledige vragenlijst is opgenomen als *bijlage*.

4.1.4. Tijdsverloop

De goedkeuring van de ethische commissie voor dit onderzoeksproject kregen we in de loop van mei 2013.

De interviews werden afgenomen door beide auteurs van deze thesis tussen juni en november 2013. De geïnterviewde kreeg de vragenlijst op voorhand ter inzage. Er werd bij aanvang van het interview informed consent verkregen en ondertekend in tweevoud, met een exemplaar voor beide partijen. De

gesprekken werden op dictafoon opgenomen en vervolgens uitgeschreven. De geïnterviewde kreeg achteraf de mogelijkheid om correcties aan te brengen. Deze laatste gecorrigeerde versie vormde de basis voor onze analyse. Deze zijn integraal als *bijlage* opgenomen in dit werkstuk.

4.1.5. Gegevensverwerking

Om tot een gestructureerde analyse van de interviews te komen, categoriseerden we de antwoorden van onze respondenten per vraag. Zo kwamen we tot een structuur die voor elk interview gelijkvormig was, en ons toeliet de gegevens systematisch onderling te vergelijken en de verschillen objectiveren.

4.2. Resultaten

We gingen eerst te rade bij drie organisaties die mogelijke rechthebbenden groeperen (het Trefpunt Zelfhulp; het Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Patiëntenplatform), en vervolgens bij drie grote landsbonden van de ziekenfondsen. Aan de hand van de voornoemde semi-gestructureerde interviews noteren we hun respectievelijke analyse van het probleem van de drempels voor het Omnio-statuuut. We vatten vervolgens die analyse samen per trio van groeperingen. Tenslotte destilleren we daaruit de drempels voor het Omnio-statuuut, en formuleren we aanbevelingen om die aan te pakken.

4.2.1. Organisaties voor patiënten of waar armen het woord nemen

4.2.1.1. Trefpunt Zelfhulp

Trefpunt Zelfhulp vzw is het informatie- en ondersteuningscentrum voor zelfhulpgroepen in Vlaanderen⁽¹⁶⁾. Het bestaat sinds 1982 en krijgt steun van het Vlaams ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de K.U. Leuven.

De voornaamste taak van het Trefpunt is om zelfhulpgroepen te ondersteunen via persoonlijke begeleiding en vorming op maat. Daarnaast informeert het een ruim publiek over de meerwaarde van zelfhulpgroepen, lotgenotencontacten en ervaringsdeskundigheid.

4.2.1.2. Netwerk tegen Armoede

Het Netwerk tegen Armoede overkoepelt 58 verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen, in Vlaanderen en Brussel, met het doel armoede en sociale uitsluiting te bannen. In de verenigingen staan mensen die in armoede leven centraal. Zij nemen er op alle niveaus het woord. Deze verenigingen kunnen voor ondersteuning van hun werking beroep doen op het team van het Netwerk⁽¹⁷⁾.

4.2.1.3. Vlaams Patiëntenplatform

Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) wil bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving door gemeenschappelijke noden en knelpunten te helpen oplossen via belangenbehartiging op alle relevante beleidsniveaus en binnen alle relevante gezondheidsvoorzieningen (18). Het Vlaams Patiëntenplatform wil samenwerking en solidariteit tussen verenigingen stimuleren en een sterk draagvlak bieden voor gemeenschappelijke belangenbehartiging. Het Vlaams Patiëntenplatform wil in dialoog met zijn ledenverenigingen noden en knelpunten van chronisch zieken in kaart brengen en die op de meest adequate manier aankaarten bij de bevoegde instanties. Het Vlaams Patiëntenplatform wil functioneren als doorgeefluik van signalen naar het beleid om op die manier te wegen op beslissingen die patiënten aanbelangen. Het wil ook relevante informatie verspreiden bij patiëntenverenigingen en burgers en op die manier de brede samenleving betrekken bij het gezondheidsbeleid.

Het Vlaams Patiëntenplatform overkoepelt een honderdtal patiëntenverenigingen met duizenden leden(18).

4.2.2. Ziekenfondsen

Er zijn vijf grote spelers bij de landsbonden der ziekenfondsen: (volgens RIZIV-volgnummer) de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen, het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, de Landsbond van Liberale Mutualiteiten, en de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. (Daarnaast bestaan er nog de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding, die we wegens het korte tijdsbestek niet betrokken.)

Van de Liberale, Socialistische en Christelijke ziekenfondsen kregen wij een positief antwoord op de vraag voor een interview. Het Neutraal ziekenfonds verkoos niet mee te werken wegens geen middelen hiervoor ter beschikking; van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kregen we geen antwoord op onze herhaalde mails.

Deze interviews vindt u uitgewerkt terug bij de *bijlagen*.

4.3. Analyse

4.3.1. Voor- en nadelen van het Omnio-statuu

4.3.1.1. Voordelen

De meest evidente voordelen van Omnio-statuu vinden we bij de verschillende respondenten terug: patiënten met lage inkomsten moeten minder uitgeven aan gezondheidszorg, bovendien krijgen ze recht op een derdebetalersregeling en andere voordelen, zoals een korting bij de NMBS en recht op de Sociale Maximumfactuur (sMAF). Twee verenigingen (het Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Patiëntenplatform) halen nog een voordeel op langere termijn aan, dat zich niet alleen voor de patiënt maar ook voor de samenleving doet gelden: dankzij een verlaagde drempel tot de gezondheidszorg krijgt de patiënt de ruimte om preventief te consulteren. Dit kan op lange termijn een besparing betekenen. Voor het Netwerk tegen Armoede krijgt een verhoogde toegang nog een extra sociale dimensie: het verkleint de kloof tot de gezondheidszorg.

4.3.1.2. Nadelen

4.3.1.2.1. Nadelen voor de rechthebbende

De toekenning van het Omnio-statuu heeft een grote **administratieve last**. De administratie is voor de patiënt te moeilijk, zo lezen we bij het Socialistisch Ziekenfonds, het Trefpunt Zelfhulp, het Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Patiëntenplatform. De verklaring op eer, de bewijsstukken en de inkomenscontrole maken de aanvraag lastig. Bovendien, zo benadrukken het Trefpunt Zelfhulp en het Netwerk tegen Armoede, is de administratieve procedure zo complex dat ze specifiek aan die eigen doelgroep moeilijk uit te leggen valt en daardoor een hindernis vormt.

De aanvraag is dan ook te **ingewikkeld**. Dit vinden we terug bij het Trefpunt Zelfhulp, dat het bestaan van twee systemen voor verhoogde tegemoetkoming en de verwarring omtrent de begrippen gezin en inkomen aankaart. Met de hertekening van de verhoogde tegemoetkoming in januari 2014 is dit probleem opgelost. Er is nu nog slechts één geïntegreerd systeem, en ook het begrip gezin is vereenvoudigd (vide supra: overzicht wetgeving).

Een patiënt krijgt het Omnio-statuuat op basis van inkomensgegevens. Met deze **inkomens** als centraal gegeven, zijn verschillende problemen: de inkomens die in rekening zijn gebracht bij de toekenning van het Omnio-statuuat, zijn niet die van het moment van aanvraag, zo lezen we bij het Trefpunt Zelfhulp en het Vlaams Patiëntenforum. Ook het Netwerk tegen Armoede ziet hierin een probleem: de inkomens van mensen in financiële moeilijkheden, schommelen vaak. Een inkomensonderzoek dat te ver terug gaat, kan moeilijk een juist beeld van de financiële toestand van de aanvrager geven. De financiële situatie van een gezin kan op korte termijn sterk verslechteren. De nieuwe regeling voorziet ook voor dit probleem een oplossing.

Bovendien is het moeilijk om het volledige financiële plaatje van een gezin te maken, zo lezen wij bij het Vlaams Patiëntenforum. Rechthebbenden zijn vaak terughoudend naar intensief onderzoek van hun gegevens, en ze kunnen de verschillende inkomensgegevens niet meer bij elkaar brengen. De ziekenfondsen, die de aanvraag voor het Omnio-statuuat onderzoeken, beschikken niet over de gegevens van de fiscus. Maar ook de bijkomende gegevens, die deel uitmaken van de aanvraagprocedure, zijn niet gemakkelijk bijeen te brengen. Een geïnstitutionaliseerde uitwisseling van gegevens tussen de fiscus en de ziekenfondsen, die uitgetekend is in de nieuwe regeling en voor het eerst zal gebeuren in 2015, is een eerste oplossing voor deze moeilijke samenstelling van de inkomensgegevens. Het ziekenfonds zal automatisch een lijst van mogelijke rechthebbenden ter beschikking krijgen. Een ander deel van de gegevens moet het ziekenfonds weliswaar nog steeds van de aanvrager zelf krijgen.

Het Vlaams Patiëntenforum stelt ten slotte ook de **inkomensgrens** in vraag. Zij geven aan dat er veel patiënten zijn wier inkomen boven de grens ligt, maar die toch gezondheidskosten uitstellen om financiële redenen. Hierin spelen bijkomstige financiële lasten als alimentatie, huur, medische kosten en schulden een rol. Dit probleem valt echter buiten het bestek van deze verhandeling.

Veel patiënten weten niet dat het Omnio-statuuat bestaat, zo lezen we bij het Netwerk tegen Armoede, en ook het Trefpunt Zelfhulp haalt dit aan: de **informatie**campagnes bereiken de doelgroep niet. Ook de ziekenfondsen zien dit probleem, waar we dieper op ingaan bij de beschrijving van de drempels.

Een ander nadelig gevolg van het feit dat rechthebbenden het Omnio-statuuat op eigen initiatief moeten aanvragen, is de stigmatiserende werking: op de aanvraag kleeft het **stigma** “arm”. Dit probleem lezen we bij verschillende respondenten, ook hier gaan we verder op in wanneer we de drempels bespreken.

Rechthebbenden op het Omnio-statuuat, moeten dit statuut zelf aanvragen. Dit **ontbreken van een automatische toekenning**, draagt verschillende nadelen met zich mee.

Zo zien we dat de aanvraag vaak pas **te laat** komt. Het Trefpunt Zelfhulp en het Netwerk tegen Armoede vermelden dit probleem: pas wanneer de kosten voor geneeskundige zorg te hoog oplopen, zal de patiënt op zoek gaan naar financiële steun. Dit werkt een preventieve werking van de gezondheidszorg tegen, wat op lange termijn een hogere maatschappelijke kost van de gezondheidszorg betekent.

Het Netwerk tegen Armoede ziet nog een nadeel voor de patiënt: het Omnio-statuuat geeft recht op een **derdebetalersregeling**, maar deze regeling gebeurt niet automatisch. Een patiënt is daardoor kwetsbaar voor de weigerachtigheid van de arts tegenover de derdebetalersregeling. Het is voor de patiënt niet duidelijk dat ze recht hebben op deze regeling, en dat recht kunnen afdwingen. Dit lezen we ook bij het Vlaams Patiëntenforum: het derdebetalerssysteem vraagt te veel administratie van de huisarts, wat de toepassing belemmert.

Vanaf 1 januari 2015 zou weliswaar de derdebetalersregeling verplicht worden voor personen met het Recht voor Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming, net als voor personen met het statuut 'Chronisch Zieke', maar ook dit valt buiten het bestek van deze thesis.

Het Omnio-statuuat is in het leven geroepen als aanvulling op de Verhoogde Tegemoetkoming en beoogde een financieel voordeel voor elke gezondheidszorg-gebruiker die dit nodig heeft. We weiden deze verhandeling aan de hindernissen die rechthebbenden op hun weg tegenkomen om dit statuut te gebruiken. Maar, zo merkt het Trefpunt Zelfhulp op, **sommige groepen vallen buiten het systeem** en kunnen het statuut eenvoudigweg niet aanvragen: een dakloze zonder sis-kaart, is daar een voorbeeld van.

4.3.1.2.2. Nadelen voor de huisarts

De administratie verbonden met het Omnio-statuuat, is ook voor de huisarts lastig, zo lezen we bij de onder meer Liberale Mutualiteit en het Vlaams Patiëntenplatform. De administratie is in hoofdzaak lastig bij een derdebetalersregeling, zoals het Socialistisch Ziekenfonds aangeeft: de arts moet de getuigschriften zelf uitsorteren, naar het juiste ziekenfonds sturen en daarenboven langer wachten op zijn vergoeding dan bij contante betaling. De geplande automatisering zou dit nadeel in de toekomst moeten weghalen.

4.3.1.2.3. Nadelen voor het ziekenfonds

Ook voor de ziekenfondsen is de administratieve last een nadeel. Het statuut toekennen, controleren en onderhouden is zeer arbeidsintensief. Daardoor is het **momenteel goedkoper voor een ziekenfonds om geen proactieve manier aan te nemen** en is het beter niets te ondernemen.

De administratieve last voor de ziekenfondsen zou relatief het hoogst zijn voor het Socialistisch Ziekenfonds, omdat zij beweren een hoger aandeel rechthebbenden in hun contingent te tellen.

4.3.2. Gerechtigden/rechthebbenden

Niemand van de geïnterviewden betwist de RIZIV-statistieken van Omnio-rechthebbenden. Elke geïnterviewde erkent dat er een duidelijke onderdiagnostisering is van het Omnio-statuuat, d.w.z. dat een grote doelgroep niet bereikt wordt, en dat deze zeer moeilijk te bereiken is.

Hierbij komen we direct bij een groot verschil tussen de interviews. De ziekenfondsen trekken het cijfer van 818.478 potentiële rechthebbenden op het Omnio-statuuat in twijfel. Hoe het RIZIV destijds aan deze raming gekomen is, blijft onduidelijk. Volgens de ziekenfondsen is er hoogstwaarschijnlijk een overschatting gebeurd. Aangezien het systeem van het Omnio-statuuat naast dat van de verhoogde tegemoetkoming bestaat, kan het niet anders dan dat er mensen meegeteld worden tot de potentiële rechthebbenden voor het Omnio-statuuat terwijl deze al genieten van de verhoogde tegemoetkoming via een eerdere hoedanigheid, en hierdoor niet onder de Omnio-regeling vallen. De ziekenfondsen erkennen wel dat er een stuk van de doelgroep niet bereikt wordt, ook niet ondanks vele inspanningen.

4.3.3. Drempels tot het Omnio-statuu

Enkele van de boven beschreven nadelen van het Omnio-statuu, kunnen we beschouwen als een drempel tot het bekomen van het statuut. De toekenning van het statuut gebeurt niet automatisch, wat ervoor zorgt dat de rechthebbenden gevoelig zijn voor de drempels die ze op hun weg tot het bekomen van het statuut, over moeten.

4.3.3.1. Stigma

De stigmatiserende werking van het Omnio-statuu komt bij verschillende geïnterviewden terug. De Liberale en de Christelijke Mutualiteit verklaren dit probleem: rechthebbenden willen de verhoogde tegemoetkoming niet aanvragen omdat ze niet de stempel van 'arme' op zich gedrukt willen krijgen. Dit stigma benadrukt het belang van een proactieve benadering, zoals we kunnen lezen bij de Christelijke Mutualiteit: een goede detectie van de ziekenfondsen, artsen en intermediairen is belangrijk om potentiële rechthebbenden hun schaamte te doen overwinnen en de aanvraag te doen. Ook het Netwerk tegen Armoede haalt dit aan.

4.3.3.2. Informatie over het Omnio-statuu

De toegankelijkheid van de informatie, is misschien wel de meest voor de hand liggende drempel: rechthebbenden komen niet tot de aanvraag van het Omnio-statuu, omdat ze niet op de hoogte zijn van het bestaan van dit statuut. Dit lezen we bij het Vlaams Patiëntenplatform. Het Netwerk tegen Armoede bevestigt dit: mensen in armoede leven in het nu, waardoor ze niet actief op zoek gaan naar informatie over financiële tegemoetkomingen bij doktersbezoeken tot het te laat is. De Liberale Mutualiteit verklaart het gebrek aan informatie door de ineffectiviteit van de communicatie. De communicatiekanalen zijn niet aangepast aan de doelgroep, en bereiken daarom de potentiële aanvragers niet. Van het Trefpunt Zelfhulp horen we dat de informatiecampaagnes van de ziekenfondsen meestal gericht zijn op de gemiddelde 16-jarige ASO leerling, het netwerk tegen Armoede noemt dit de middenklasse. Anders gezegd: het taalgebruik is niet aangepast aan de doelgroep. Ook de Christelijke Mutualiteit raakt dit aan: de doelgroep is moeilijk te bereiken, mogelijke rechthebbenden komen niet op de reguliere ontmoetingsplaatsen. Ten slotte speelt ook foute informatie een rol. Het Vlaams Patiëntenplatform zegt dat de angst om andere voordelen te verliezen, patiënten weerhoudt.

4.3.3.3. Complexe aanvraag

Bij de bespreking van de nadelen van het Omnio-statuuut, hebben we gezien dat de aanvraag complex is: er zijn twee systemen van verhoogde tegemoetkoming die naast elkaar bestaan, de aanvraag vereist verschillende bewijsstukken die de aanvrager niet altijd ter beschikking heeft, de invulling van de begrippen gezin en inkomen zijn niet duidelijk. Eenmaal de rechthebbende de juiste informatie gevonden heeft, en het stigma om te komen tot de aanvraag overwonnen, dreigt hij dus nog te struikelen over deze drempel van de complexiteit.

4.3.4. Mogelijke opties voor verbetering

Uit de benoeming van de nadelen van het Omnio-statuuut, en de drempels die deze teweeg brengen, komen ook enkele suggesties ter verbetering van het statuut naar boven.

4.3.4.1. Automatisering

Een automatische toekenning van het Omnio-statuuut lijkt het doeltreffendste antwoord te bieden op de nadelen en drempels van het statuut. Het stigma, het gebrek aan informatie en de complexiteit van de aanvragen kunnen de potentiële rechthebbende dan niet meer verhinderen om een verhoogde tegemoetkoming te krijgen. Verschillende respondenten geven dit aan.

We lezen dit bij het Netwerk tegen Armoede, dat duidelijk stelt dat het stigma niet meer speelt, en aanvragers niet meer afhaken op de procedure bij een automatische toekenning.

Ook het Vlaams Patiëntenforum ziet toekomst in een automatische toekenning. Al is dit momenteel niet haalbaar, omdat de overheid de patiëntengegevens niet centraal bij elkaar brengt, toch zou dit mogelijk moeten zijn. Hierbij doelt het platform op een herformulering van de voorwaarden tot het bekomen van de verhoogde tegemoetkoming, zodat ze vereiste gegevens wel door één instantie gekend kunnen zijn. De Liberale Mutualiteit gaat verder in op dit probleem. Vandaag beschikken de ziekenfondsen niet over de nodige gegevens om een automatisering te kunnen uitvoeren, enkel wanneer ze toegang zouden krijgen tot fiscale informatie, is een semi-automatische toekenning mogelijk. De aanvrager dient dan enkel nog te handtekenen. Het nieuwe systeem van Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming werkt dit in de hand: er zal in 2015 voor het eerst een uitwisseling van informatie tussen de fiscus en de ziekenfondsen gebeuren. Maar ook dan blijft er nog een probleem: de fiscus heeft meestal geen gegevens over inkomsten van het jaar voorafgaand aan de aanvraag.

Het Socialistisch Ziekenfonds gaat een stap verder dan de automatische toekenning. De overheid zou de rekensom moeten durven maken, zo horen we daar. Wat zou het kosten om te veralgemenen en een verhoogde tegemoetkoming te voorzien voor iedereen? Volgens hen zou dit een administratieve kostenbesparing betekenen, als dan niet meer al het personeel, tijd en middelen moeten worden ingezet voor inkomensonderzoek en controles.

Het Netwerk tegen Armoede haalt ook de derdebetalersregeling aan. Huisartsen zouden deze regeling moeten voorstellen aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Meer nog stellen ze een veralgemening van de derdebetalersregeling voor.

4.3.4.2. Proactieve opsporing

Een suggestie die minder ver gaat dan de automatische toekenning van het statuut, vinden we onder meer terug bij het Trefpunt Zelfhulp. Zij stellen een proactieve opsporing voor, met een case manager bij de ziekenfondsen die op zoek gaat naar rechthebbenden. Zo moeten we niet meer wachten tot de informatie de potentiële aanvrager bereikt. Het Socialistisch Ziekenfonds nuanceert deze piste tot verbetering: een proactieve benadering garandeert geen succes, omdat de informatie de rechthebbende dan niet noodzakelijk bereikt op het moment dat ze een zorgvraag hebben. Zoals we eerder al gezien hebben, leven de potentiële aanvragers vaak in het nu, waardoor ze de informatie die hen via een proactieve benadering bereikt, naast zich neerleggen. Deze benadering heft ook de complexiteit van de aanvraag niet op.

4.3.4.3. Rol van huisartsen en intermediairen

We bespraken hierboven al de drempel van de informatie, waarbij de communicatie en informatie niet aangepast blijkt aan de doelgroep. Om dit te overkomen, willen verschillende respondenten meer gewicht leggen bij de huisartsen, andere zorgverleners en intermediairen.

4.3.4.3.1. Huisartsen en andere zorgverleners

Bij een proactieve benadering, bekleedt de huisarts een bevoorrechte positie. Dit vinden we terug bij het trefpunt Zelfhulp, en ook het Netwerk tegen Armoede en de Liberale Mutualiteit zien in de huisarts een spilfiguur: hij kan de financiële toestand inschatten en de patiënt aanzetten om contact op te nemen met het ziekenfonds. Het Trefpunt Zelfhulp heeft hierbij wel een bedenking: veel rechthebbenden hebben geen vaste huisarts.

Het Vlaams Patiëntenforum slaat dezelfde richting in: bij hen luidt het dat zorgverleners zelf rechthebbenden kunnen opsporen, en dat zij, zoals de huisartsen, zelf de toepassing van een derdebetalersregeling of de aanmaak van een GMD kunnen voorstellen. Om deze toepassing van de

derdebetalersregeling te faciliteren, pleiten ze voor een sterke vermindering van de administratieve belasting voor de artsen.

4.3.4.3.2. Intermediairen

Naast de huisarts en andere geneeskundige zorgverleners, zien de geïnterviewden ook voor andere intermediairen een rol weggelegd. Het OCMW is vaak de eerste instantie tot wie mensen in financiële moeilijkheden, zich richten. Zoals het Trefpunt Zelfhulp het stelt: mensen met financiële problemen stappen sneller naar het OCMW, dan naar het ziekenfonds. Het Netwerk tegen Armoede spreekt van kleinschalige initiatieven en lokale verenigingen die meer slaagkans hebben bij de doelgroep. We denken hier bijvoorbeeld aan Welzijnsschakels. Ook bij het Socialistisch Ziekenfonds komt dit terug: een maatschappelijk werker op outreach heeft veel kans op succes. Het ziekenfonds heeft hierbij wel een bezorgdheid: deze manier van werken is zeer arbeidsintensief en dus te duur?

4.3.4.4. Administratieve vereenvoudiging

Het is intussen duidelijk dat de complexiteit van de aanvraagprocedure rechthebbenden verhindert om het Omnio-statuuut te verkrijgen. Ook voor de ziekenfondsen is de administratieve last een pijnpunt. Een harmonisering van de begrippen gezin en inkomen kan helpen. We vinden dit bij verschillende geïnterviewden terug.

Het Trefpunt Zelfhulp geeft aan dat er nood is aan harmonisering van het systeem, waarbij de begrippen gezin en inkomen voor de verschillende statuten gelijk zouden moeten zijn. Ook Het Vlaams Patiëntenplatform, de Liberale en de Socialistische Mutualiteit halen aan dat de invulling van het begrip gezin gelijk zou moeten zijn. Zoals we bij hen kunnen lezen, is dit met de nieuwe regelgeving opgelost. Deze vernieuwing heft ook de moeilijkheden rond het bepalen van het inkomen, gedeeltelijk op: er is nu een uitwisseling van informatie tussen de fiscus en de ziekenfondsen mogelijk.

Om de aanvragers over de drempel van de complexe aanvraagprocedure te krijgen, suggereert het Vlaams Patiëntenforum de oprichting van een aparte dienst, die de aanvragers helpt hun administratie rond te krijgen.

5. Discussie

Enkele bedenkingen die we ons maakten bij het verwerken van de gegevens, weliswaar geruime tijd na de interviews en dus zonder de mogelijkheid deze punten voor te leggen aan de geïnterviewden, maar wel naar boven kwamen in discussie met onze promotor, zijn de volgende:

1. Zowat alle geïnterviewden maken gewag van een belangrijke rol voor de huisarts in het screenen naar mogelijke rechthebbenden voor het Omnio-statuuut (of intussen het nieuwe statuut Recht van Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming). Weliswaar krijgen we ook langs alle kanten alarmerende berichten over de werkdruk in huisartspraktijken en het tekort aan huisartsen. Weer een extra verantwoordelijkheid voor de al overbevraagde huisarts? Het is twijfelachtig dat huisartsen over de streep worden getrokken door de beoogde resultaten: lagere drempel, dus meer en snellere eerstelijnscontacten...

2. In 2015 zou de verplichte derdebetalersregeling voor rechthebbenden van het Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming en van het statuut Chronisch Zieken worden toegepast. Dit wil zeggen: een verveevoudiging van het aantal transacties dat in derdebetalersregeling wordt afgerond. Een forse toename van de reeds bestaande administratieve rompslomp? Kunnen de huisartsen zo lang op zo een groot deel van hun maandomzet wachten? Zullen de ziekenfondsen kunnen volgen met de uitbetaling?

3. Het is ons persoonlijk aanvoelen dat er onder collega's zeer weinig kennis is over de bestaande wetgeving en regels, laat staan over die die in de nabije toekomst ingang zullen vinden. Weliswaar zijn het nogal ingrijpende veranderingen (derdebetalersregeling voor iedereen met verhoogde tegemoetkoming en met statuut chronisch zieke), terwijl er in onze kennissenkring nog altijd huisartsen zijn die weinig of niet met de derdebetalersregel werken. Nieuwe generaties artsen kan men eventueel in de basis- of de voortgezette opleiding daarmee in aanraking laten komen, maar hoe overtuigt men de andere?

6. Aanbevelingen

Op basis van de interviews en onze persoonlijke reflectie achteraf proberen we enkele aanbevelingen te formuleren om de drempels voor verhoogde tegemoetkoming te overwinnen en aldus de gezondheidszorg toegankelijker te maken.

6.1. Vanuit de interviews

6.1.1. Vereenvoudiging

Door de organische groei van de regelgeving (verhoogde tegemoetkoming begonnen met enkele welbepaalde doelgroepen, en gaandeweg uitgebreid met nieuwe categorieën), uiteenlopende definities van begrippen zoals gezin en inkomen, en de uitgebreide administratieve vereisten ter staving van de aanvraag, schiet de in wezen goede maatregel zijn doel voorbij. Een grondige vereenvoudiging dringt zich op. In de nieuwe regelgeving voor het eengemaakte statuut Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming is één en ander al geharmoniseerd, maar het blijft zeer complexe materie, waardoor er ook in de toekomst nog mensen zullen afhaken.

6.1.2. Automatisering

Heel wat informatie die nodig is voor de aanvraag is al in bezit van één of andere overheidsinstantie of ziekenfonds. Mogelijks vergt het geen al te grote inspanning of aanpassing om die informatie te benutten om rechten automatisch toe te kennen, zoals nu al wordt gedaan met het recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming bij bepaalde hoedanigheden. Als dan blijkt dat er enkele elementen van de informatie structureel toch niet gekend zouden zijn, zou het dan niet mogelijk zijn (zoals het Vlaams Patiëntenplatform voorstelt) om de voorwaarden wat aan te passen, zonder afbreuk te doen aan de sociale doelstelling van de maatregel?

6.1.3. Veralgemening

En waarom niet, zoals onze gesprekspartner bij het Socialistisch Ziekenfonds, de regelgeving helemaal herdenken, en bij voorbaat alle verzekerden dezelfde verhoogde tegemoetkoming geven, ongeacht hun

hoedanigheid of inkomen? Volgens hem zijn de uitgespaarde kosten op administratie en personeel veel groter dan de extra kost voor een veralgemeende verhoogde tegemoetkoming...

6.1.4. Proactieve benadering

Als alternatief voor deze eerder aangehaalde aanbevelingen rond vereenvoudiging, automatisering, tot zelfs veralgemening van de verhoogde tegemoetkoming, wordt er een meer proactieve benadering naar voren geschoven. Hierbij moeten alle zorgverleners (arts, tandarts, kinesist, enz.) en andere intermediairen (sociaal assistent, OCMW, enz.) elk contact aangrijpen om de potentiële gerechtigden te informeren over het bestaan van een verhoogde tegemoetkoming en hen begeleiden bij de aanvraag hiervan.

Eventueel kan een case-manager per ziekenfonds aangesteld worden om deze gerechtigden actief op te sporen. Dit is op lange termijn echter een zeer arbeidsintensieve en dus dure optie.

6.2. Na persoonlijke reflectie

6.2.1. Opleiding

Een gedegen kennismaking met het stelsel van de sociale zekerheid in ons land in het algemeen en de financiering van de gezondheidszorg in het bijzonder zou niet mogen ontbreken in de opleiding tot basisarts en achteraf in de master huisartsgeneeskunde.

Tevens een sensibilisering van de artsen die nu al in de praktijk staan en maar al te vaak worden geconfronteerd met patiënten in een kwetsbare financiële situatie, maar daar niet altijd het adequate antwoord op weten.

6.2.2. GMD+

Met het GMD+ beschikt de huisarts al over een handig screeningsmiddel voor een waaier aan aandoeningen en toestanden. Kan het ook niet aangewend worden om financiële zorgen en mogelijke drempels voor zorg in kaart brengen, zodat ook bij het GMD+consult een mogelijk recht op verhoogde tegemoetkoming ter sprake kan komen?

6.2.3. Informatie

De informatiecampagnes georganiseerd door ziekenfondsen en overheid komen helaas niet tegemoet aan de echte doelgroep. Mogelijks is het beter die middelen aan te wenden in het informeren en sensibiliseren van zorgverleners en intermediairen?

7. Besluit

Het Omnio-statuuat was vanaf 2007 een welkome aanvulling van de bestaande systemen voor verhoogde tegemoetkoming. Voor het eerst kwamen mensen in aanmerking voor verhoogde tegemoetkoming (en dus verlaagd remgeld en dus een lagere drempel voor zorg) zonder dat ze in een socio-administratieve hoedanigheid moesten verkeren, maar louter op basis van een objectief vast te stellen parameter: het inkomen.

Weliswaar is men na zes jaar nog lang niet aan de beoogde dekkingsgraad gekomen (iets meer dan één derde van de geschatte doelgroep heeft effectief het statuut), omwille van een aantal drempels.

Ook in een zeer recent artikel bleek dat de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in België nog steeds een probleem is (*bijlage 3*) (19).

Onze bevraging onder een aantal patiëntenverenigingen en de grote ziekenfondsen, leverde de volgende drempels op:

- te grote administratieve last: het is voor de mensen in deze doelgroep moeilijk om alle noodzakelijke documenten voor te leggen
- onduidelijke, onlogische, en verwarrende definiëring van het 'gezinsinkomen': voor het Omnio-statuuat werd een andere definitie van 'gezin' gebruikt dan voor de klassieke verhoogde tegemoetkoming; voor het 'inkomen' werden dan weer bepaalde inkomsten wel meegeteld die niet fiscaal aangegeven hoeven te worden, maar anderzijds hield men dan weer geen rekening met bepaalde belangrijke uitgaven (kosten voor gezondheid; alimentatie; etc.)
- de doelgroep is langs de conventionele kanalen moeilijk te bereiken; om de bereikbaarheid te vergroten dienen de toekennende verzekeringsinstanties andere kanalen te benutten, die arbeidsintensiever en dus duurder en meer tijdrovend zijn
- stigmatisering: op de verhoogde tegemoetkoming rust er nog steeds een stigma. Dit stigma kan weggewerkt worden door een veralgemening van de maatregel of een ommezwaai in de perceptie. Dit blijkt ons beiden nog verre van haalbaar.

Vanaf 2014 bestaat het Omnio-statuuat als dusdanig niet meer; het is opgenomen in het hervormde 'Recht op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming'. De wetgever harmoniseerde daarin het begrip 'gezinsinkomen'; automatiseerde het recht voor een groter aantal categorieën van rechthebbenden; en

voorzag in een proactieve benadering vanaf 2015, waarbij de ziekenfondsen van de fiscus een lijst ontvangen met namen van personen die mogelijks een bescheiden inkomen hebben en aldus zouden recht hebben op verhoogde tegemoetkoming.

Het is het persoonlijke aanvoelen van de auteurs dat er in de basisopleiding arts en de masteropleiding huisarts te weinig (of zelfs geen) aandacht wordt besteed aan socio-administratieve aspecten van de (eerstelijns)gezondheidszorg in het algemeen en de modaliteiten voor verhoogde tegemoetkoming in het bijzonder. Weliswaar kan een optimale toepassing van de bestaande maatregelen voor veel mensen het verschil maken tussen tijdig zorg opzoeken of zorg uitstellen. Hier geldt immers het adagium **VOORKOMEN IS GOEDKOPER DAN GENEZEN.**

8. Referenties

1. Vandekerckhove S. Onkelinx gebruikt non-argumenten. De Morgen 13/11/2012.
2. Vandekerckhove S. Verband tussen gezondheid en armoede is er al voor geboorte. De Morgen 12/11/2012.
3. Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst. Infobrochure RIZIV 2014.
4. Delafortrie S, Springael C. Hervorming van het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor 500.000 bijkomende personen. Persbericht van de Ministerraad van 24 oktober 2013.
5. Winter SD. Forfait versus Prestatiegeneeskunde: De perceptie van de huisarts op de 2 grote systemen in de huisartsgeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie. Masterproef Huisartsgeneeskunde promotor Prof Dr Dirk Avonts, 2010.
6. Bracke P, Casselman J, De Lepeleire J et al. Zorgen voor gezondheid in Vlaanderen. Ontwikkeling, stand van zaken, dilemma's. De sociale staat van Vlaanderen 2009.
7. Bayinga K, Demarest S, Gisle L et al. Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, IPH/EPI REPORTS 2006/35.
8. Faber M, Voerman G, Erler A et al. Survey of 5 European Countries Suggest That More Elements of Patient-Centered Medical Homes Could Improve Primary Care. Health Affairs April 11, 2013.
9. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012 - Synthese. Health Services Research (HSR) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2012 KCE Report 196As D/2012/10273/113.
10. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 KCE Reports 128.
11. Koninklijk besluit betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 Belgisch Staatsblad 29/01/2014.
12. RIZIV en Dokters van de Wereld. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Kluwer, 2014.
13. Jetzen M. Het Omnio-statuuut. Informatieblad RIZIV 2009/3-4.
14. Provincie Antwerpen, Departement Financiën. Available from: http://www.provant.be/bestuur/financi_n/provinciebelastingen/gezinnen/index.jsp.
15. RIZIV. Statistieken op website van het RIZIV. Available from: <http://www.rizivbe/information/nl/statistics/people/indexhtm>.
16. Website van het Trefpunt Zelfhulp. Available from: <http://www.zelfhulp.be>.
17. Website van het Netwerk tegen Armoede. Available from: <http://www.vlaams-netwerk-armoede.be/>.
18. Website van het Vlaams Patiëntenplatform.
19. Zamora A. Meer zelfmedicatie en uitstel om financiële reden. Artsenkrant 25/04/2014.

9. Bijlagen

9.1. De Morgen, 13/11/2012

Artikel 1:

Interview Griet Briels van Netwerk tegen Armoede over 'kansarm in de baarmoeder'

'Onkelinx gebruikt non-argumenten'

Kansarmoede begint al in de baarmoeder; zo blijkt uit cijfers van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (DM I2/I1). Minister Onkelinx zou makkelijk enkele doeltreffende maatregelen kunnen nemen, zegt gezondheidsexperte Griet Briels.

Sara Vandekerckhove

Lager opgeleide vrouwen lopen meer kans op doodgeboorte, dat hun baby prematuur ter wereld komt of een lager geboortegewicht heeft, zo blijkt uit onderzoek. Griet Briels van het Netwerk Tegen Armoede stelt dat ook vast in de praktijk.

Hoe komt het dat deze zwangere vrouwen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben?

Briels: "Er is een groot probleem met de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg en dan voornamelijk de financiële drempel. De kost van een doktersbezoek schrikt heel wat mensen af. Wij zijn voorstander om het derde betalingsstelsel, waarbij de meest kwetsbare groepen nu enkel het remgeld moeten beta-

len tijdens een doktersbezoek, uit te breiden naar iedereen. Dan stigmatiseer je die kwetsbare groep niet langer. Bovendien zorg je dat iedereen die het nodig heeft in aanmerking komt voor zo'n regeling; ook ouders met jonge kinderen bijvoorbeeld."

Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx (PS) ziet dat niet zitten. Ze vreest dat mensen dan massaal naar de huisarts trekken en het tot overconsumptie komt. Blijkbaar zijn er nu al huisartsen die klagen.

"Dat is een non-argument. Zou jij in de wachtzaal van een dokter gaan zitten als je echt niet ziek bent? Dat geloof ik niet. Er zijn daar ook geen bewijzen voor. Het zijn de ziekenfondsen en artsenlobby's



'Het is jammer dat de overheid bij ons niet duidelijk de kaart van een toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg trekt. In andere landen kan dit wel'

GRIET BRIELS
GEZONDHEIDSEXPERTE

die op de rem staan en Onkelinx volgt hen daarin.

"Het zou de overheid overigens weinig moeite en geld kosten om dit door te

voeren, maar ze weigert. In andere landen lukt het wel, België is internationaal al een aantal keer op de vingers getikt voor de hoge financiële drempel in de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor artsen maakt het in de praktijk weinig uit. In plaats van hun geld naar de bank te brengen, moeten ze hun papieren inleveren. Veel meer werk is dat niet. Het is jammer dat de overheid niet duidelijk de kaart van een toegankelijke eerstelijnsgezondheid wil trekken."

Ondanks alle initiatieven, ook van de overheid, neemt de gezondheidskloof toe. Hoe verklaar je dat?

"We merken dat die initiatieven niet de juiste mensen bereiken. Het derde betalingsstelsel is daar een goed voorbeeld van. Het is een goeie regeling, maar je moet er zelf naar vragen. Terwijl mensen in armoede zich schamen, wantrouwig zijn of geen vaste huisarts hebben.

"Daarnaast gebeurt het ook dat dokters die regeling weigeren. Onder het mom 'daar doen we niet aan mee'. Het resultaat is dat net de meest kwetsbaren er dan tussenuit vallen. Het is niet voldoende om iets te bedenken en daarna je handen ervan af te trekken. Je moet er actief voor zorgen dat het werkt."

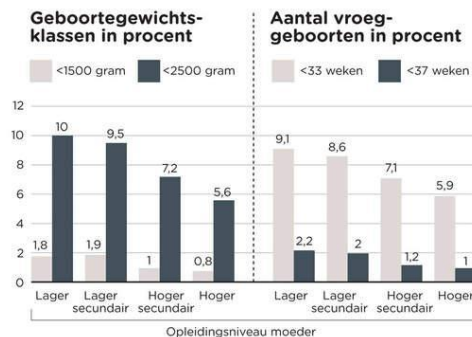
9.2. De Morgen, 12/11/2012

Artikel 2:

Verband tussen gezondheid en armoede is er al voor geboorte

Sara Vandekerckhove

12/11/12 - 06u24



Lager opgeleide vrouwen lopen meer kans dat hun baby prematuur ter wereld komt of een lager geboortegewicht heeft. Of sterft voor de geboorte. Dat blijkt uit cijfers van professor Sara Willems (UGent).

Als in ons land een baby dood wordt geboren, dan is de kans 1,76 keer groter dat dit gebeurt in een lage sociale klasse. "De gezondheidsskloof begint al voor de geboorte", zegt Sara Willems, professor aan de Gentse universiteit en expert in de relatie tussen de sociale status en gezondheid. "Hoe armer, hoe ongezonder. Zelfs voor wie nog in de baarmoeder zit." Willems presenteert deze cijfers van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie morgen op een seminarie van Samenlevingsopbouw.

Het opleidingsniveau van de moeder heeft een indirecte invloed op het gewicht van de pasgeboren baby. Bij de Belgische moeders die enkel lager onderwijs hebben gedaan, weegt 10 procent van de baby's minder dan 2.500 gram, 1,8 procent minder dan anderhalve kilo. Bij moeders met een hoger diploma hebben de pasgeborenen een opmerkelijk hoger gewicht. Slechts 5,6 procent van de baby's daar weegt minder dan 2,5 kilo en 0,8 procent minder dan 1,5 kilo.

Ook vroeggeboorten komen veel vaker voor in de lagere sociale klassen. Naarmate het opleidingsniveau van de moeder daalt, stijgt het aantal premature geboorten. "Die cijfers zijn onrustwekkend", zegt professor Sara Willems. "Zeker als je weet dat de gezondheidsskloof blijft toenemen en dat dit al op erg jonge leeftijd begint."

Een trend die zich dan op latere leeftijd doorzet. Kinderen uit lagere sociale klassen kampen meer met gedrags- en emotieproblemen, zo bewijst een Britse studie. Meer zelfs, de opleiding van het kind zelf heeft opnieuw invloed op zijn gezondheid. Kinderen in het aso eten gezonder dan die uit het bso.

"Verschillende factoren spelen een rol", legt Willems uit. "Vrouwen uit lagere sociale klassen hebben vaak een ongezondere levensstijl. Ze eten minder gezond, gebruiken wat meer alcohol en roken meer. Ze wonen ook in minder gezonde woningen en maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, waardoor ze vaker ziek zijn. Zwangere vrouwen uit lage sociale klassen gaan tijdens het eerste trimester van de zwangerschap minder vaak naar de dokter, met alle gevolgen van dien."

Bovendien heeft het besef dat je onderaan op de sociale ladder staat, evengoed invloed op je gezondheid. Willems: "Depressies zijn daar maar één voorbeeld van. Het houdt mensen algemeen tegen om naar de dokter te stappen."

De financiële kosten van een doktersbezoek zijn volgens Willems nog steeds te groot. "Op dat vlak scoort België slecht. Het zou beter zijn als we ter plaatse enkel het remgeld moeten betalen. Nu kan dat alleen voor de laagste sociale klassen, terwijl iedereen hier baat bij zou hebben. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg kan nog een pak beter."

Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx (PS) is alvast niet van plan om zo'n maatregel door te voeren. "Mensen moeten zich er bewust van blijven hoeveel een doktersbezoek effectief kost. De laagste sociale klassen moeten slechts één euro betalen voor een visite. Huisartsen klagen nu al dat dit heel veel gebruikt wordt. Als we die maatregel uitbreiden, komt er een overconsumptie."

Artikel 3:

Meer zelfmedicatie en uitstel om financiële reden

Het is een verontrustende trend: uit geldgebrek gaan patiënten niet steeds alle voorgeschreven geneesmiddelen afhalen in de apotheek. Op vijf jaar tijd is het aantal patiënten dat de aankoop van medicijnen uitstelt, toegenomen. Zelfmedicatie is een andere trend die in de lift zit.

De enquête van *Artsenkrant* en *de Apotheker* legt tal van verschuivingen in het gedrag van patiënten bloot. Zo is er op vijf jaar tijd een significante stijging van het aantal mensen dat de aankoop van medicijnen om financiële redenen uitstelt. Die trend wordt gerapporteerd door twee derde (63%) van de dokters die deelnamen aan de peiling. Een teken aan de wand.

Zowat de helft van de dokters (49%) stelt vast dat patiënten meer dan vroeger hun toevlucht nemen tot het internet om geneesmiddelen aan te schaffen. Dat daarnaast ook het gebruik van vervallen medicatie zou toenemen blijkt – in de ogen van de meeste artsen alvast – eerder een fabeltje: amper 9% ziet een reële stijging van dit risicovol gedrag.

Dat patiënten zich informeren via internet, daar is op zich niet veel mis mee als je het aan de dokters vraagt. "Prima, alleen betekent het niet dat patiënten ook beter geïnformeerd zijn" is wat het merendeel van de dokters als bedenking aanvinkt. Vier op de tien vinden het helemaal geen goede zaak als patiënten eerst op het net te rade gaan alvorens op raadpleging te komen.

Opvallend: de argwaan tegenover de pers voor het groot publiek zit heel diep. Bijna negen op de tien artsen (86%) onderschrijven de stelling dat "de algemene pers desinformeert door bijwerkingen van geneesmiddelen te overdrijven".

Over facebook en patiëntenfora zijn de meningen verdeeld. De meeste artsen dach-

ten sociale media een eerder beperkte impact toe. De overgrote meerderheid van de artsen is daarentegen wel de mening toegedaan dat

familie en vrienden een grote impact hebben op de behandeling van patiënten.

P.B.



9.4 Interviews

9.4.1. Vragenlijst semi-gestructureerd interview

1. Algemene uitleg

1.1 Inhoud

Kunt u ons iets meer vertellen over wat het Omnio-statuuat nu precies is?

1.2 Voorwaarden

Voor wie geldt het Omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?

1.3 Informatie

Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het Omnio-statuuat hiermee in aanraking?

1.4 Procedure voor aanvraag

Hoe moeten ze dit aanvragen?

2. Voor- en nadelen

Zijn er voordelen van het Omnio-statuuat? Welke?

Zijn er nadelen van het Omnio-statuuat? Welke?

Voor de patiënt?

Voor de arts?

Voor de mutualiteit?

Voor de gemeenschap?

3. Gerechtigden/rechthebbenden

3.1 Gebruikers

Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het Omnio-statuuat?

3.2 Rechthebbenden

Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?

4. Drempels/redenen voor ondergebruik

Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het Omnio-statuuat, deze niet aanvragen?

5. Pistes voor verbetering/mogelijkheden tot verbetering/suggesties.../ideeen...

5.1 Voorstellen

Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuuat?

5.2 Automatische toekenning

Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuuat? Hoe zou dit moeten verlopen?

5.3 Variabelen

Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuuat? (meest recente inkomsten)

Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuuat?

5.4 Vereenvoudiging

Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?

5.5 Informatie

Hoe kan de informatie rond het Omnio-statuuat beter verspreid worden? Hoe kan de doelgroep beter bereikt worden?

9.4.2. Interviews: Organisaties voor patiënten of waar armen het woord nemen

9.4.2.1. Interview Trefpunt Zelfhulp

1. Algemene uitleg	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuat nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	
2. Voor- en nadelen	<p>2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p> <p>2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Het trefpunt zelfhulp ziet enkele problemen aan het Omnio-statuuat.</p> <p>Het Omnio-statuuat bestaat naast het statuut van verhoogde tegemoetkoming, met elk hun eigen definities.</p> <p>Er is verwarring omtrent de begrippen 'gezin' en 'inkomen'</p> <p>Het is bijkomend ook zeer moeilijk om de financiële situatie van de patiënt volledig in kaart te brengen. En bijkomend wordt er gebruik gemaakt van de huidige inkomenssituatie. Er wordt gekeken naar het inkomen van een jaar eerder. Weliswaar zijn er wel instanties die over de actuele informatie beschikken: gemeenten met hun rijksregister voor de gezinssamenstelling; werkgever of uitkerende overheid over inkomen.</p> <p>Een bijkomend probleem bij de doelgroep is dat deze pas op zoek gaan naar financiële steun als het echt nodig is. Zo kan deze steun dus te laat komen.</p> <p>Het trefpunt stelt zich ook de vraag waarom de ziekenfondsen de instellingen zijn die dit statuut regelen. De patiënt ziet vaak de link niet tussen 'inkomen' en ziekenkas. Bij een plots inkomensverlies of een situatie waarbij de patiënt mogelijk in de armoede valt (echtscheiding) zal de patiënt vanzelfsprekend niet spontaan naar het ziekenfonds stappen.</p> <p>Er is teveel administratie nodig, wat een hindernis is voor de laaggeschoolden. Sommigen vallen gewoon buiten het systeem. Als specifiek voorbeeld hierbij: een</p>

		<p>dakloze zonder siskaart kan geen Omnio-statuuat aanvragen.</p> <p>De informatiecampagnes bereiken de doelgroep niet. Deze zijn meestal gericht op de gemiddelde 16-jarige ASO-leerling. Bijvoorbeeld informatiebrieven door de ziekenfondsen verstuurd, worden niet gelezen of het taalgebruik is niet aangepast.</p>
3. Gerechtigden/recht hebbenden	3.1 Gebruikers <i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het OMNIO-statuuat?</i>	
	3.2 Rechthebbenden <i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i>	
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat, deze niet aanvragen?</i>	
5. Suggesties voor verbetering	5.1 Voorstellen <i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuuat?</i>	<p>Voorstellen tot verbetering:</p> <p>Proactiever: de ziekenfondsen zouden een "case manager" moeten hebben die in hun datasystemen actief potentiële rechthebbenden kan opsporen.</p> <p>OCMW's zouden ook de toekenning van het Omnio-statuuat kunnen regelen. Patiënten met financiële problemen zijn meer geneigd naar het OCMW te stappen dan naar hun ziekenfonds. Hierbij kan het OCMW nog makkelijker proactief werken. Bijvoorbeeld iemand met budgetbeheer: hierbij kan OCMW kijken of het Omnio-statuuat niet van toepassing kan zijn.</p> <p>Huisartsen zitten in een bevoorrechte positie en heeft vaak andere aanduidingen van mogelijke financiële problemen. Echter hebben veel rechthebbenden geen vaste huisarts. Het Trefpunt Zelfhulp pleit dus sterk om de huisartsen hierin op te leiden. Tijdens hun opleiding moeten ze ten minste kennismaken met het sociaal systeem.</p>
	5.2 Automatische toekenning <i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuuat? Hoe zou dit moeten verlopen?</i>	
	5.3 Variabelen <i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuuat? (meest recente inkomsten)</i> <i>Hoe staat u tegenover het</i>	Harmonisering van het systeem , vooral omtrent 'gezin' en 'inkomen'

	<i>begrip gezin in het omniostatuu?</i>	
	5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i>	
	5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuu beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i>	<p>OCMW's zouden ook de toekenning van het Omnio-statuu kunnen regelen. Patiënten met financiële problemen zijn meer geneigd naar het OCMW te stappen dan naar hun ziekenfonds. Hierbij kan het OCMW nog makkelijker proactief werken. Bijvoorbeeld iemand met budgetbeheer: hierbij kan OCMW kijken of het Omnio-statuu niet van toepassing kan zijn.</p> <p>Huisartsen zitten in een bevoorrechte positie en heeft vaak andere aanduidingen van mogelijke financiële problemen. Echter hebben veel rechthebbenden geen vaste huisarts. Het Trefpunt Zelfhulp pleit dus sterk om de huisartsen hierin op te leiden. Tijdens hun opleiding moeten ze ten minste kennismaken met het sociaal systeem.</p>

9.4.2.2. Interview Netwerk tegen armoede

1. Algemene uitleg	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuat nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	In het Omnio-statuuat genieten de patiënten van een verhoogde terugbetaling. Deze terugbetaling geldt voor heel het gezin. Het is een evolutie uit de verhoogde tegemoetkoming (WIGWe-statuuat) en is gelinkt aan het inkomen.
2. Voor- en nadelen	2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i>	Het grote voordeel van dit statuuat is dat de drempel tot de geneeskunde kleiner is, zodat er meer preventief kan gewerkt worden. Hierdoor zou er op lange termijn een kostenverlaging komen voor de gemeenschap en zal de kloof in de gezondheidszorg verkleinen .
	2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i>	<p>Veel patiënten die het Omnio-statuuat genieten, genieten niet van de derdebetalersregeling, dit omdat de artsen weigerachtig zijn. Dit omdat er teveel administratie komt bij de derdebetalersregeling. Deze patiënten weten ook niet dat ze recht hebben op deze derdebetalersregeling.</p> <p>Een groot nadeel van dit Omnio-statuuat en bijkomend de derdebetalersregeling, is dat dit stigmatiserend werkt. Het is dus niet uitgesloten dat gezinnen dit statuuat niet aanvragen omdat ze anders het stigma "arm" op zich gekleefd krijgen. Het Netwerk tegen Armoede pleit daarom zeer sterk voor een automatisch toekenning en een algemene derdebetalersregeling voor iedereen.</p> <p>Het Omnio-statuuat is bijkomend een zeer ingewikkeld statuuat, wat zowel de patiënt als de arts niet helemaal begrijpen. Het is aan de doelgroep ook zeer moeilijk uit te leggen.</p> <p>Veel patiënten weten niet dat het Omnio-statuuat bestaat en daardoor wordt het Omnio-statuuat vaak pas aangevraagd wanneer het bijna te laat is. Patiënten zullen dit statuuat niet aanvragen als ze het niet nodig gehad hebben, bijvoorbeeld wanneer deze niet veel ziek zijn. Er wordt pas gedacht aan het Omnio-statuuat wanneer de ziektekosten stijgen en het vaak al te laat is. Daarom is het belangrijk dat mensen hen dit vertellen en hen erbij helpen. Dit kan zowel de mutualiteit zijn, verenigingen waar armen het woord nemen, via de vakbond, ...</p>
3. Gerechtigden/recht hebbenden	3.1 Gebruikers <i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van</i>	

	<i>het OMNIO-statuu?</i>	
	3.2 Rechthebbenden <i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i>	
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het omnio-statuu, deze niet aanvragen?</i>	Een groot nadeel van dit Omnio-statuu en bijkomend de derdebetalersregeling, is dat dit stigmatiserend werkt. Het is dus niet uitgesloten dat gezinnen dit statuu niet aanvragen omdat ze anders het stigma "arm" op zich gekleefd krijgen. Het Netwerk tegen Armoede pleit daarom zeer sterk voor een automatisch toekenning en een algemene derdebetalersregeling voor iedereen . Patiënten zitten ook vaak zo diep in de problemen dat ze enkel in het NU leven. Ze doen alle moeite om te overleven en kunnen nog amper denken aan een toekomst. Vooral deze personen hebben een vertrouwenspersoon nodig die hen verder helpt in het proces.
5. Suggesties voor verbetering	5.1 Voorstellen <i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuu?</i>	
	5.2 Automatische toekenning <i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuu? Hoe zou dit moeten verlopen?</i>	Het Netwerk tegen Armoede is zeer sterk voorstander van de automatische toekenning van het statuu. Hierdoor heb je minder het stigmatiserend effect en is er minder uitval omdat mensen het opgeven tijdens de aanvraag. Ook pleiten ze voor het toepassen van de derdebetalersregeling voor iedereen . En al zeker zou elke huisarts de derdebetalersregeling moeten voorstellen aan elke patiënt met verhoogde tegemoetkoming.
	5.3 Variabelen <i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuu? (meest recente inkomsten)</i> <i>Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuu?</i>	Ook is het zo dat bij mensen in armoede dat hun inkomen zeer vaak schommelt. Het blijft moeilijk om aan te tonen wat hun inkomen precies is. Er moet wel dringend een verandering komen rond het begrip "gezin" , want mensen in armoede trekken vaak bij elkaar in, wat leidt tot problemen.
	5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i>	
	5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuu beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i>	In het verleden gebeurden reeds campagnes vanuit de verschillende mutualiteiten uit, maar deze missen hun effect. Deze campagnes zijn vooral gericht op de middenklasse . De manier van communiceren zorgt ervoor dat ze hun doelgroep niet bereiken. Het bleek dat kleinschalige initiatieven meer kans hebben om deze personen te bereiken. Vooral lokale initiatieven en lokale verenigingen hebben veel effect. Het Netwerk tegen Armoede vindt ook dat de huisarts de ideale spilfiguur is om het Omnio-statuu voor te stellen aan de patiënten. De mensen hebben veel vertrouwen in hun huisarts, en hij is vaak op de hoogte van de situatie.

9.4.2.3. Interview Vlaams patiëntenplatform

1. Algemene uitleg	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuat nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	<p>Het Omnio-statuuat is een uitbreiding van het systeem van verhoogde tegemoetkoming naar mensen met een lager inkomen. Het Omnio-statuuat is dus eigenlijk een extra toegang tot het statuut van verhoogde tegemoetkoming.</p>
2. Voor- en nadelen	<p>2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Het Vlaams Patiëntenplatform kaart vooral als voordelen van het Omnio-statuuat aan dat het de kosten voor de patiënt van doktersbezoeken en medicatie verlaagt. Belangrijk hierbij is dat elke persoon met verhoogde tegemoetkoming recht heeft op de derdebetalers-regeling, wat in zeer veel praktijken geweigerd wordt. De patiënten met Omnio-statuuat hebben recht op het systeem van de maximumfactuur en genieten van sociale voordelen zoals openbaar vervoer, energie, ...</p> <p>Als belangrijkste voordeel meldt het Vlaams Patiëntenplatform dat het op lange termijn goedkoper is. De patiënten zullen minder medische kosten uitstellen, waardoor je meer preventief kunt werken. Op lange termijn komt dit goedkoper uit en is dit systeem een besparing.</p>
	<p>2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Belangrijk hierbij is dat elke persoon met verhoogde tegemoetkoming recht heeft op de derdebetalers-regeling, wat in zeer veel praktijken geweigerd wordt. Echter is het grootste nadeel aan het Omnio-statuuat, dat de grensbedragen veel te laag opgesteld zijn. Er zijn teveel patiënten die boven deze grens vallen en toch hun gezondheidskosten uitstellen om financiële redenen. Bijkomend wordt er geen rekening gehouden met de medische kosten die de patiënt heeft. Iemand met meer medische kosten, zou eerder recht moeten hebben de derdebetalersregeling.</p> <p>Bijkomend wordt er in het Omnio-statuuat geen rekening gehouden met hoeveel schulden, alimentatiegeld, huur iemand moet betalen.</p> <p>Ook klaagt het Vlaams Patiëntenplatform de complexe aanvraagprocedure aan. Er worden teveel documenten gevraagd van de patiënt, die dit vaak niet meer kan aandrigen (inkomsten van het vorige jaar, ...). In het Vlaams Patiëntenplatform pleiten ze vooral voor een derdebetalerssysteem voor elke patiënt. De mensen met chronische ziekte moeten grote bedragen voorschieten vooraleer ze het terugkrijgen. Bijkomend vraagt het derdebetalerssysteem voor de huisartsen meer administratie, wat hen belemmert om dit toe te passen bij hun patiënten.</p>

		<p>Bijkomend wordt er rekening gehouden met inkomens van 2 jaar geleden, waardoor iemand die acuut in geldproblemen zit (sinds kort werkloos geworden) geen gebruik kan maken van het Omnio-systeem. Hij kan dit slechts achteraf aanvragen en dit is zonder terugwerkende kracht.</p> <p>Ook zijn velen terughoudend naar een intensief onderzoek van hun gegevens. En last but not least, kunnen velen deze inkomensgegevens niet meer bij elkaar brengen. De doelgroep die moet bereikt worden, zijn juist deze patiënten die hier weinig bijhouden.</p>
3. Gerechtigden/recht hebbenden	3.1 Gebruikers <i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het OMNIO-statuu?</i>	
	3.2 Rechthebbenden <i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i>	
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het omnio-statuu, deze niet aanvragen?</i>	<p>Als belangrijkste reden waarom zoveel mensen geen gebruik maken van het Omnio-statuu terwijl ze er wel recht op hebben, kaart het Vlaams Patiëntenplatform vooral aan dat de patiënten niet op de hoogte zijn dat dit bestaat. Hiervoor is informatie naar de patiënt toe zeer belangrijk.</p> <p>Door dit tekort aan informatie hebben veel patiënten ook schrik het Omnio-statuu aan te vragen; hierbij denken ze andere voordelen (zoals tegemoetkoming, ...) te verliezen.</p>
5. Suggesties voor verbetering	5.1 Voorstellen <i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuu?</i>	
	5.2 Automatische toekenning <i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuu? Hoe zou dit moeten verlopen?</i>	<p>Het Vlaams Patiëntenplatform ziet veel toekomst in een systeem van automatische toekenning van de rechten. Hierbij moet de patiënt zelf geen aanvraag indienen, maar wordt dit statuu automatisch toegekend aan de patiënten via de gegevens die gekend zijn.</p> <p>Het Vlaams Patiëntenplatform is zeer sterk voorstander van een automatische toekenning van het Omnio-statuu, maar ze weten ook dat dit momenteel nog niet haalbaar is. Er bestaat nog geen centrale instantie over de nodige gegevens beschikt. Sommige gegevens nodig voor de aanvraag zijn niet zomaar gekend. Ze vragen zich af of de voorwaarden niet anders moeten geformuleerd worden, zodat deze automatische toekenning wel mogelijk is aan de hand van wat gekend is.</p>
	5.3 Variabelen <i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuu? (meest recente</i>	<p>Bijkomend wordt er rekening gehouden met inkomens van 2 jaar geleden, waardoor iemand die acuut in geldproblemen zit (sinds kort werkloos geworden) geen gebruik kan maken van het Omnio-systeem. Hij kan dit slechts achteraf aanvragen en dit is zonder terugwerkende kracht. Ook zijn velen terughoudend naar een intensief onderzoek van hun gegevens. En last but not least, kunnen velen deze inkomensgegevens niet meer bij elkaar brengen. De doelgroep die moet bereikt worden, zijn juist deze patiënten die</p>

	<p><i>inkomsten)</i> <i>Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuu?</i></p>	<p>hier weinig bijhouden. Echter is het grootste nadeel aan het Omnio-statuu, dat de grensbedragen veel te laag opgesteld zijn. Er zijn teveel patiënten die boven deze grens vallen en toch hun gezondheidskosten uitstellen om financiële redenen. Bijkomend wordt er geen rekening gehouden met de medische kosten die de patiënt heeft. Iemand met meer medische kosten, zou eerder recht moeten hebben de derdebetalersregeling. Bijkomend wordt er in het Omnio-statuu geen rekening gehouden met hoeveel schulden, alimentatiegeld, huur iemand moet betalen. Het Vlaams Patiëntenplatform vermeldt ook dat het zeer vreemd is dat er verschillende definities bestaan van "het gezin" voor het Omnio-statuu en de verhoogde tegemoetkoming. In het Omnio-statuu wordt er rekening gehouden met het rijksregistergezin, terwijl er in de verhoogde tegemoetkoming rekening wordt gehouden met het mutualistisch gezin. Dit maakt het net nog moeilijker voor de automatische toekenning van de rechten, want deze twee statuten bekijken heel anders de definitie "het gezin". Sinds 1 januari 2014 bestaat er nu echter 1 definitie van het gezin voor beide statuten, namelijk het mutualistisch gezin.</p>
	<p>5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i></p>	
	<p>5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuu beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i></p>	<p>Bijkomend is er meer ondersteuning nodig bij de mensen die het willen aanvragen. Teveel patiënten haken af tijdens de aanvraag. Een gedeeltelijke automatisering is echter wel al mogelijk bij sommige gevallen. Denk hierbij aan mensen onder het OCMW. Als automatische toekenning niet mogelijk blijkt, moet er een dienst bestaan waar deze personen naartoe kunnen zodat ze kunnen kijken of deze recht hebben op het statuu. Het is ook zeer belangrijk dat de potentiële rechthebbenden meer proactief benaderd worden door arts, apothekers, ... Als niemand hen verteld dat ze mogelijks recht hebben op het Omnio-statuu zullen ze het ook nooit aanvragen. Het Vlaams Patiëntenplatform vermeldt tenslotte dat het zeer belangrijk is dat alle zorgverleners actief op zoek gaan naar de potentiële rechthebbenden op het Omnio-statuu. Ze moeten actief op zoek gaan, aanspreken, informeren en begeleiden bij de aanvraag. Als voorbeeld hierbij: huisartsen moeten de derdebetalersregeling zelf voorstellen bij de mensen met verhoogde tegemoetkoming/Omnio-statuu. Bijkomend moeten huisartsen ook vooral bij hen kijken of deze een GMD aangevraagd hebben, want net voor hen is dit zeer belangrijk.</p>

9.4.3. Interviews: Ziekenfondsen

9.4.3.1. Interview Landsbond van Liberale Mutualiteiten

1. Algemene uitleg	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuu nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuu en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuu hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	<p>Het Omnio-statuuu is ontworpen om de mensen die niet over een hoedanigheid of een sociaal voordeel beschikken, ook de mogelijkheid te geven van een verhoogde tegemoetkoming. Het was de bedoeling om de mensen die uit de boot vielen, maar ook zeer lage inkomens hadden, ook dit recht te geven.</p> <p>Daarom werd ook geprobeerd om de periode van verhoogde tegemoetkoming zo nauw mogelijk te laten aansluiten met de periode van lage inkomens. Er werd besloten om in de inkomens van 1 kalenderjaar voor de aanvraag te nemen.</p>
2. Voor- en nadelen	<p>2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuu? Welke?</i></p>	<p>Het grote voordeel van het Omnio-statuuu is dat het de toegang tot de gezondheidszorg sterk verbetert. Minder patiënten zullen de nodige zorgen uitstellen omdat ze er de financiële middelen niet voor hebben.</p>
	<p>2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuu? Welke?</i></p>	<p>De liberale mutualiteit ziet geen nadeel voor de patiënt.</p> <p>De liberale mutualiteit ziet ook geen nadeel voor de arts. Het zou geen administratieve meerlast mogen zijn, aangezien het in de toekomst allemaal geautomatiseerd wordt.</p> <p>Aangezien deze patiënten vaak niet goed op de hoogte zijn en slecht hun situatie opvolgen, geeft dit Omnio-statuuu vaak een grote administratieve last voor de mutualiteiten. Dit in tegenstelling tot het systeem van verhoogde tegemoetkoming toegekend op basis van een hoedanigheid.</p> <p>Dit systeem geeft echter wel een grote meerkost, wat neerkomt op een grote meerkost voor het RIZIV. Deze meerkost is niet te vinden in het verschil in terugbetaling tussen iemand met verhoogde tegemoetkoming en iemand zonder dit voordeel. Indien deze 800.000 mensen die recht op hebben er gebruik van zouden maken, kost dit systeem 44 miljoen euro per jaar. Momenteel zitten we op 200.000 gerechtigden, wat neerkomt op 11 miljoen euro per jaar. De grote meerkost zit hem in de administratie die ermee gepaard gaat. De liberale mutualiteit vermoedt dat ook het cijfer van 800.000 mensen overschat is. De foutenmarge is breed.</p>
3. Rechthebbenden	<p>3.1 Gebruikers <i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het OMNIO-statuuu?</i></p>	
	<p>3.2 Rechthebbenden <i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i></p>	
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<p><i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking</i></p>	<p>Deze mensen vinden die er recht op hebben, maar geen gebruik van maken blijft een groot probleem. De mutualiteiten hebben verschillende manieren van communicatie gebruikt zoals</p>

	<i>komen voor het omnio-statuu, deze niet aanvragen?</i>	folders, brieven, een website, aanspreken door loketbedienden, ... Maar juist die doelgroep die we moeten bereiken, bereiken we door deze methoden juist niet. Bijkomend hebben we nog steeds de schaamte. Er is nog steeds een soort stigma dat de mensen kunnen ervaren omtrent het Omnio-statuu. Dit kan mogelijks ook verklaren waarom zo weinig mensen dit aanvragen.
5. Suggesties voor verbetering	5.1 Voorstellen <i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuu?</i>	
	5.2 Automatische toekenning <i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuu? Hoe zou dit moeten verlopen?</i>	De mutualiteiten hebben geen toegang tot de financiële gegevens van de fiscus via de belastingaangiftes . Het statuut van een overheidsinstelling is anders dan dit van een mutualiteit, waardoor mutualiteiten geen toegang hiertoe krijgen. Mocht er toegang zijn, dan zou een semi-automatische toekenning kunnen gebeuren . Semi-automatisch betekent dat er nog steeds een handtekening van de patiënt nodig zal zijn. Dit in tegenstelling tot de automatische toekenning die reeds gebeurt bij het systeem van verhoogde tegemoetkoming via een hoedanigheid (vb. personen met een handicap). De liberale mutualiteit is sterk voorstander om het statuut van de verzekeringsinstellingen aan te passen zodat ze wel toegang kunnen krijgen tot gegevens van de overheidsdienst Financiën . Ze zouden bijvoorbeeld een lijst kunnen krijgen met de personen die mogelijks in aanmerking zouden kunnen komen. Een bijkomend probleem is echter dat ook de inkomsten van 1 jaar voordien ook vaak nog niet gekend is bij de dienst Financiën. Hierdoor is een automatische toekenning niet mogelijk.
	5.3 Variabelen <i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuu? (meest recente inkomsten)</i> <i>Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuu?</i>	Een ander probleem bij de doelgroep is dat hun inkomsten vaak schommelen . De ene maand hebben ze werk en de andere maand niet. Hierdoor is het moeilijk te bepalen wat deze mensen nu verdienen. Het begrip "gezin" maakt het ook nog complexer. De verhoogde tegemoetkoming werd opgericht vanuit de ziekteverzekering zelf en hierdoor wordt er gebruik gemaakt van het "mutualistisch gezin". Dit is de titularis met zijn personen ten laste, plus zijn levenspartner. In het Omnio-statuu wordt er gebruik gemaakt van het rijksregistergezin, net zoals bij de maximumfactuur. In het nieuwe systeem dat in werking trad in januari 2014, wordt er enkel nog gebruik gemaakt van het mutualistisch gezin.
	5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i>	
	5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuu beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i>	De liberale mutualiteit legt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de artsen . Zij kunnen de financiële situatie van de patiënten beter inschatten dan de mutualiteiten en dienen dus de patiënt aan te raden om contact op te nemen met het ziekenfonds. Voor de mutualiteiten is het statuut in principe eenvoudig . De regels zijn duidelijk gedefinieerd, maar de uitvoering ervan is complexer omdat de informatie niet zo gemakkelijk te vinden is. Vaak houdt de doelgroep ook niet de benodigde papieren bij, waardoor ze moeilijk nog alles kunnen bewijzen. Bijkomend doet deze doelgroep ook geen opvolging van wat er rondom hen gebeurt. Ze zijn zich vaak niet bewust dat de aanvraag slechts een formaliteit is.

9.4.3.2. Interview Landsbond der Socialistische Mutualiteiten

<p>1. Algemene uitleg</p>	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuat nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	<p>Omnio en VT zijn hetzelfde recht, maar via een andere aanpak: VT krijgt men op basis van hoedanigheden (frans: Vipo, nl wigw)</p> <p>Het uitgangspunt daarvoor: gezondheid en armoede zijn gelinkt, maar waar zit de armoede? In de tijd dat VT begon, had men enkel beschikking over hoedanigheden om risico op hogere gezondheidskosten te bepalen: weduwe, invalide, gepensioneerden, wezen; deze hoedanigheden waren gekend bij ziekenfonds: weduwen want begrafenisuitkering; invaliden zelf bepaald; gepens gekend; wezen door wezenbijslag.</p> <p>Ziekenfonds kon die mensen zelf contacteren, en ze kregen het voordeel door verklaring op eer te schrijven en klaar is kees.</p> <p>Telkens zat men opnieuw met het gevoel dat de groep met bescheiden (dus laag) inkomen niet volledig werd bereikt: en men breidde uit met nieuwe categorieën, groepen die door het ziekenfonds te herkennen zijn op de een of andere objectieve wijze.</p> <p>Dit is pas goed beginnen lopen vanaf het moment dat de KSZ bestond en dat er data-uitwisseling bestond door andere instellingen, bv kas voor werklozen</p> <p>Op den duur wel probleem betaalbaarheid: we wisten hoeveel werklozen er waren, maar praktisch onmogelijk om al die mensen van de ene dag op de andere aan te schrijven, verklaring op erewoord te laten ondertekenen.</p> <p>Hoe dat wel? Met leeftijdscategorieën: eerst de langdurig werklozen; dan werklozen vanaf 50j; eenoudergezinnen (want toegang tot rijksregister: kennis over gezinssituatie en 'gezinslast'); genietters van stookoliefonds etc.</p> <p>Een probleem van deze manier van werken is, dat er vaak overlappende categorieën zijn. Bv. een werkloze die eenoudergezin is en geniet van het stookoliefonds. Hierdoor kom je in de database altijd bij dezelfde personen uit, maar bereik je juist uw doelgroep niet.</p> <p>Daarom werd er een nieuw systeem opgezet, los van deze categorieën, het Omnio-statuuat. Hierbij wordt er enkel gekeken naar gezinssamenstelling en het inkomen. Voor de gezinssamenstelling werd er geopteerd voor de manier van de maximumfactuur, het rijksregistergezin.</p> <p>Een bijkomend probleem is dat er in de schattingen dubbeltellingen kunnen zijn. De patiënt kan bijvoorbeeld aanspraak maken op zowel het VT als het Omnio-statuuat. Hierdoor telt hij dubbel mee, maar kan slechts van 1 gebruik maken. Hierdoor is de socialistische mutualiteit er sterk van overtuigd dat de cijfers van het RIZIV een overschatting waren.</p> <p>Veel hangt ook af van in welke regio men zich bevindt. In Brussel zal men het gemiddelde percentage rechthebbenden gemakkelijker kunnen bereiken, aangezien er procentueel veel meer armen zijn dan in rijkere regio's. In deze welstellende regio's zul je nooit zo'n hoge percentages kunnen halen. Hierdoor is het ook belangrijk het beleid af te stemmen op de regio.</p>
<p>2. Voor- en nadelen</p>	<p>2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Voordelen voor patiënt: lagere kosten voor gezondheidszorg; de aanverwante voordelen zoals huisvuilzakken, spoorwegen, dit voelt de patiënt direct zonder naar de dokter te moeten.</p>
	<p>2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Nadelen voor patiënt: administratie zoals verklaring op eer, inkomstencontrole.</p> <p>In het nieuwe systeem van 2014, wordt het Omnio-statuuat omgezet naar VT.</p> <p>Voor de artsen zien ze vooral een nadeel in de administratie wanneer de derdebetalersregeling toegepast wordt, maar dit zou in de toekomst geen hinder meer mogen geven als er meer geautomatiseerd wordt.</p>

		Voor de verzekeringsinstellingen is het belangrijkste nadeel de administratie . Deze is zeer arbeidsintensief om het statuut toe te kennen en te onderhouden. Hierdoor is het momenteel goedkoper om geen proactieve manier aan te nemen en is het beter niets te ondernemen. Er wordt opgemerkt dat de verdeling van de rechthebbenden niet gelijkmatig verdeeld is over de verschillende verzekeringsinstellingen. Dit wijst op dat de verzekeringsinstellingen zich anders profileren.
3. Rechthebbenden	3.1 Gebruikers <i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het OMNIO-statuu?</i>	
	3.2 Rechthebbenden <i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i>	
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het omnio-statuu, deze niet aanvragen?</i>	Volgens de socialistische mutualiteit is er geen stigma rond het systeem van verhoogde terugbetaling. Nog maar eenmaal meegemaakt dat een persoon de verklaring op erewoord niet wilde ondertekenen omdat de inkomsten gecontroleerd worden bij de fiscus.
5. Suggesties voor verbetering	5.1 Voorstellen <i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuu?</i>	
	5.2 Automatische toekenning <i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuu? Hoe zou dit moeten verlopen?</i>	Het nut om het Omnio-statuu en verhoogde tegemoetkoming zo strak te omlijnen kan in vraag gesteld worden. We moeten durven de rekensom maken wat het zou kosten om iedereen verhoogde tegemoetkoming te geven en hierdoor zeer veel administratieve kosten uitsparen.
	5.3 Variabelen <i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuu? (meest recente inkomsten)</i> <i>Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuu?</i>	In het nieuwe statuut zien ze duidelijk een verbetering. Er is de aanpassing van de term 'gezin' , zodat het ook beter aansluit op de actuele situatie. Wat nog niet bereikt werd, is om met de actuele inkomsten rekening te houden. Dit zou mogelijk moeten zijn via de verklaring op erewoord, met achteraf een controle.
	5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i>	
	5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuu beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i>	Een probleem van de proactieve aanpak om deze doelgroep te bereiken, via mailing, folders, aanspreken, is dat nadat je deze doelgroep bereikt hebt, deze doelgroep vaak niets doet met de informatie, aangezien ze op dat moment geen financiële problemen hebben en er dus het voordeel niet van inzien. De beste methode om deze doelgroep te bereiken bleek een sociaal werker ter plaatse te sturen, maar dit is te arbeidsintensief en bijgevolgd te duur.

9.4.3.3. Interview Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

<p>1. Algemene uitleg</p>	<p>1.1 Inhoud <i>Kunt u ons iets meer vertellen over wat het omnio-statuuat nu precies is?</i></p> <p>1.2 Voorwaarden <i>Voor wie geldt het omnio-statuuat en wat zijn de voorwaarden?</i></p> <p>1.3 Informatie <i>Hoe komen de patiënten die in aanmerking komen voor het omnio-statuuat hiermee in aanraking?</i></p> <p>1.4 Procedure voor aanvraag <i>Hoe moeten ze dit aanvragen?</i></p>	<p>De VT bestaat sinds begin jaren 60 voor een strikte doelgroep: WIGW; gaandeweg werd die doelgroep systematisch uitgebreid om meer mensen die het nodig hadden het recht te geven, tot de vaststelling dat er nog mensen waren die het nodig zouden hebben, die louter op basis van hoedanigheden niet konden worden geïnccludeerd.</p> <p>Vandaar Omnio latijn 'voor iedereen'. Weliswaar met een andere gezinsnotie: VT gebruikt mutualistisch gezin (gerechtigde + partner + personen ten laste); omnio gebruikt rijksregistergezin: iedereen die zelfde hoofdverblijfplaats heeft; soms is daar geen familiale, emotionele of economische band, dat maakt het complex.</p> <p>Men heeft dat soort gezin gekozen omdat men verderbouwt op de structuur van de MAF.</p> <p>Uitzonderlijk is er afsplitsing uit rijksregistergezin wel mogelijk voor zorgafhankelijke situaties.</p> <p>(Niet echt een logische beslissing, maar goed, wetgever wilde het zo)</p> <p>In 2007 werd Omnio geïmplementeerd.</p> <p>2009: vaststelling dat Omnio suboptimaal verspreid is: het moeilijk uit te leggen aan leden die aanvraag VT doen en niet in aanmerking kwamen, maar dan met andere gezinsnotie wel voor omnio ... of vice versa</p> <p>Vandaar de noodzaak tot rationalisering: integratie omnio in VT</p> <p>Dit is geen fundamentele hervorming, wel verderzetting van bestaande systemen: bestaande doelgroepen blijven het krijgen, maar er komt een harmonisering van het aantal noties (gezin); en een aantal rechtsregels (enkel relevant voor mutualiteiten). Tevens eenvoudiger, waardoor ook derden (oa intermediären die in nauwer contact staan met mensen met lage inkomsten) beter begrip hebben van VT en makkelijker de weg kunnen wijzen aan mensen die in aanmerking komen.</p> <p>CM heeft al een traject opgebouwd om artsengroeperingen, ziekenhuizen, belangengroepen etc beter te informeren om zo tot betere penetratie te kunnen komen.</p> <p>De essentie van het verhaal: VT is een middel om mensen met laag inkomen een grotere terugbetaling te kunnen geven; maar niet bedoeld om mensen met hoge gezondheidszorgen (kosten) een hogere terugbetaling te kunnen geven.</p> <p>MAF daarentegen: voor mensen met veel gezondheidszorgen (maar ook wat correctie over inkomen)</p>
<p>2. Voor- en nadelen</p>	<p>2.1 Voordelen <i>Zijn er voordelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Voordelen patiënt: hogere tussenkomst; bijkomende voordelen (openbaar vervoer, telefoon, energie, huisvuilzakken); recht op derdebetalersregeling; reductie MAF-plafond</p> <p>Voordelen arts: geen rechtstreekse, wel lagere drempel voor patiëntencontact</p> <p>Voordelen gemeenschap: zorg voor armen; minimaliseren van uitstel van zorg; besparing; minder werk (en admin kost) voor andere aanbieders van voordelen verbonden aan het omnio</p>
	<p>2.2 Nadelen <i>Zijn er nadelen van het OMNIO-statuuat? Welke?</i></p>	<p>Nadelen patiënt: stigma van financieel moeilijke situatie. Hierdoor is het zeer belangrijk dat er een goede detectie komt door de mutualiteit, arts, intermediären, ...</p> <p>Nadelen arts: indien er gebruik gemaakt wordt van sociale derdebetalersregeling, moet de arts langer</p>

		<p>wachten op zijn vergoeding.</p> <p>Nadelen voor mutualiteit: meer administratief werk, zonder vergoeding hiervoor. Er is nood aan vereenvoudiging. Niet enkel het toekennen is complex, maar ook de controles.</p>
3. Rechthebbenden	<p>3.1 Gebruikers</p> <p><i>Kunt u ons iets meer vertellen over het aantal gebruikers van het OMNIO-statuu?</i></p>	<p>Er zijn een kleine 11 miljoen verzekerden (gerechtigden + personen ten laste); daarvan 272.274 omnio en zowat 1 800 000 VT over alle landsbonden heen</p> <p>Ook bij de christelijke mutualiteit wordt de 800.000 potentiële rechthebbenden in vraag gesteld. Dit was een berekening door het RIZIV voor aanvang van Omnio en niemand is er echt ooit van overtuigd geweest.</p> <p>Reden: VT bestond toen al, omnio nog niet, maar VT intussen wel al verruimd, dus VT is zelf vergroot terwijl die extra groep vroeger in omnio zouden gezeten hebben (eenoudergezinnen, werklozen jonger dan 50 enz)</p>
	<p>3.2 Rechthebbenden</p> <p><i>Hoeveel mensen hebben er recht op? Kunt u eventueel een schatting geven?</i></p>	<p>zie boven</p>
4. Drempels/redenen voor ondergebruik	<p><i>Kunt u de redenen opsommen waarom mensen die in aanmerking komen voor het omnio-statuu, deze niet aanvragen?</i></p>	<p>Het is echter duidelijk dat er een doelgroep is die moeilijk te bereiken is. Ze komen niet op de reguliere ontmoetingsplaatsen, zijn administratief niet in orde, ...</p>
5. Suggesties voor verbetering	<p>5.1 Voorstellen</p> <p><i>Wat stelt u voor ter verbetering van het omniostatuu?</i></p>	<p>automatisering (bestaat nu al bij gehandicapten, leefloners etc want er is al inkomensonderzoek gebeurd door sociale zaken); er komt automatisering voor wees</p> <p>denkpiste: semi-automatisch recht: combinatie info van de fiscus en info die mut al heeft: stabiele 'gezin'ssituatie met bepaald gekend risicoprofiel (twee invaliden; langdurige werklozen) fiscus bevestigt laag inkomen; kans dat er ook buitenlands inkomen is is ook laag... aan hen al automatisch toekennen</p> <p>inkomensonderzoek achteraf nodig want het lid zelf moet daarvoor toelating geven dat er bij de fiscus wordt gecontroleerd</p> <p>maar... 2014 wordt spannend, verkiezingen etc, politieke wil voor deze veranderingen?</p>
	<p>5.2 Automatische toekenning</p> <p><i>Hoe staat u tegenover de automatische toekenning van het omniostatuu? Hoe zou dit moeten verlopen?</i></p>	<p>automatisering: graag, maar enkel voor de situaties waarin het verdedigbaar is. niet toekennen aan diegenen die er geen nood aan hebben (zuinig omspringen met overheidsmiddelen)</p>
	<p>5.3 Variabelen</p> <p><i>Hoe staat u tegenover het begrip 'inkomsten' in het omniostatuu? (meest recente inkomsten)</i></p> <p><i>Hoe staat u tegenover het begrip gezin in het omniostatuu?</i></p>	<p>inkomsten: de aard van de inkomsten blijft dezelfde voor VT en OMNIO;</p> <p>regel: onderzoek van inkomen van vorig kalenderjaar; uitzondering: bepaalde indicator: wigw, langdurig werklozen, eenouder etc >> inkorting van de referteperiode naar één maand, in principe voorafgaand aan de aanvraag (filosofie: want eigenlijk vermoeden we dat deze hoedanigheid langer zal blijven duren)</p> <p>'gezin': logische keuze voor nieuwe VT voor ruime mutualistisch gezin: gerechtigde + ten laste + partner + ten laste; omdat er emotionele band is, en die is meestal wel langdurig</p> <p>(vroeger bij Omnio: probleem: er werd gekeken naar RRgezin op 1 jan van het jaar; maar intussen al wijzigingen etc... maar toch nog altijd handtekeningen nodig van alle leden van het gezin van toen; nu</p>

		bij nieuwe VT handtekeningen van het gezin zoals het vandaag is) meer aansluitend bij reële situatie
	5.4 Vereenvoudiging <i>Hoe zou alles vereenvoudigd kunnen worden?</i>	Met het nieuwe systeem van VT is er een nieuwe informatiestroom beschikbaar: fiscus-RIZIV-mutualiteit. De fiscus laat weten welke gezinnen een laag inkomen hebben, waarbij die gezinnen kunnen gecontacteerd worden. vereenvoudiging? blijft enorm complex... -haalbaar? politiek/praktisch/utopisch? KB van vandaag is het meest haalbare: compromis van verzuchtingen van riziv, politiek, VI's -wel al vereenvoudiging door semi-automatisch recht -intussen nauwe samenwerking met intermediairen om nieuwe impulsen en ideeën krijgen om doelgroep beter te bereiken
	5.5 Informatie <i>Hoe kan de informatie rond het omniostatuuat beter verspreid worden? Hoe kan je de doelgroep beter bereiken?</i>	nauwe samenwerking met intermediairen om nieuwe impulsen en ideeën te krijgen om doelgroep beter te bereiken
		intermezzo: als er al zoveel afgeleide rechten zijn, is de mutualiteit dan wel de aangewezen instelling om dit statuut toe te kennen? waarom niet de fiscus? antwoord: mut heeft intussen expertise en vertrouwen opgebouwd; fiscus heeft niet de relevante info die mut wel heeft (ook niet-belastbare inkomsten: buitenlandse, inkomsten vrijgesteld van aangifte door dubbelbelastingsverdragen, inkomsten van personeel van supra/internationale instellingen (niet gekend door fiscus)) indien enkel fiscus het recht mag toekennen: al die info kwijt; dus veel inkomsten niet in rekening gebracht, dus veel mensen wel recht geven die eigenlijk geen recht hebben (volgens het drempelbedrag) persoonlijke mening TdS: Omnio = goed; jammer dat niet iedereen die er recht op zou kunnen hebben, het ook benut; werk aan de winkel; jammer dat het zo complex is mogelijkheid voor hervormen: tabula rasa, maar moeilijk te maken want verworven sociaal recht

10. Nawoord

Aangezien we allebei vertrokken van een bijna onbestaande kennis over financiering van de gezondheidszorg, financiële drempels voor de zorg en terugbetalingsmodaliteiten, was het een zeer leerrijke weg die we hebben kunnen bewandelen.

Hierbij hebben we beroep kunnen doen op meerdere personen, die ons telkens vooruit konden helpen. We zouden dan ook graag enkele mensen bedanken.

Vooreerst onze promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire, die in zijn onnavolgbare stijl ons wist warm te maken voor het onderwerp en zowat alle relevante spelers uit het terrein bij naam en toenaam kent. Hij was het die ook eerlijke en opbouwende kritiek leverde om tot dit eindresultaat te komen.

Vervolgens mevrouw Griel Briels, van het Netwerk tegen Armoede, die ons het concrete thema aanreikte en ons aardig op weg zette met tips en suggesties.

Tevens onze sterke dank voor de anonieme medewerkers van het Trefpunt Zelfhulp, Netwerk tegen Armoede, het Vlaams Patiëntenplatform, de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten en de Landsbond van Liberale mutualiteiten. Zonder hun tijd en interessante visie was deze thesis onmogelijk.

Bij het verwerken van de gegevens en het redigeren en corrigeren van de tekst kregen we ook hulp van sociologe, en tevens echtgenote van Servaas, Marieke Beukeleirs, die tussen een drukke professionele verantwoordelijkheid, het verschonen van twee paar kinderbiljetjes en tevens hoogzwanger nog tijd en motivatie vond om ons hierin bij te staan.